

## PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 114 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS ALBARRACIN	GALINDO DOBON MANUEL	2018_0309	F	25/02/2019	DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)
TE	AP	CS ALBARRACIN	SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS	2018_0352	F	25/02/2019	EVALUACION DEL SCREENING DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI
TE	AP	CS ALBARRACIN	DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA	2018_0705	S2	01/03/2019	ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALBARRACIN	CASTILLON ALFAYE IGNACIO	2018_1359	S1	24/02/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2016_1214	S1	12/02/2018	EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL
TE	AP	CS ALFAMBRA	MARCO CATALAN MARIA PILAR	2018_0381	F	25/02/2019	CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL
TE	AP	CS ALFAMBRA	ESTEBAN PEREZ NURIA	2018_0389	F	29/01/2019	OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP
TE	AP	CS ALIAGA	SANCHEZ MOLINA EVA MARIA	2018_0296	F	04/02/2019	ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN
TE	AP	CS ALIAGA	LLERA BUESO GUILLERMINA	2018_0379	F	11/02/2019	CRECER CON SEGURIDAD
TE	AP	CS ALIAGA	CASTRO LOPEZ CARLOS	2018_0380	F	21/02/2019	VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)
TE	AP	CS BAGUENA	OLORIZ RUIZ INES	2018_0228	F	14/02/2019	ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA
TE	AP	CS BAGUENA	RUBIO GUTIERREZ ISABEL	2018_0230	F	13/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA
TE	AP	CS BAGUENA	SERRANO MORENO ANA CRISTINA	2018_0231	F	19/02/2019	MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA
TE	AP	CS CALAMOCHA	GARCES MORERA CARMEN	2018_0253	S1	11/03/2019	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	29/01/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	TRILLO CALVO EVA	2018_0304	F	26/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES
TE	AP	CS CALAMOCHA	ZABALA GARCIA ANA ISABEL	2018_0540	F	11/03/2019	RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA
TE	AP	CS CEDRILLAS	COMAS RIBAS EDUARDO	2016_1206	S1	22/02/2018	VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS
TE	AP	CS CEDRILLAS	JULIAN MARTINEZ ANA	2018_0602	F	21/02/2019	RCP BASICA EN LA ESCUELA
TE	AP	CS CELLA	GIL VALERO PILAR	2018_0541	F	08/03/2019	VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS
TE	AP	CS CELLA	CERESUELA LOPEZ AMELIA	2018_0638	F	01/03/2019	FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL
TE	AP	CS CELLA	MAICAS MAICAS FERNANDO	2018_1483	S1	26/02/2019	ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD
TE	AP	CS MONREAL DEL CAMPO	PEÑA CLEMENTE FELIX	2018_1323	F	14/02/2019	NUTRICION EN LA TERCERA EDAD
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BURILLO LAFUENTE MARIO	2018_0241	S2	27/02/2019	ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS	BRUN IZQUIERDO ANA	2018_0618	S1	09/03/2019	TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"
TE	AP	CS MORA DE RUBIELOS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARNAU FUERTES ALICIA	2018_0570	S1	07/02/2019	CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES
TE	AP	CS MOSQUERUELA	TENA CAMPOS MARCOS	2018_0399	F	11/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE
TE	AP	CS MOSQUERUELA	SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN	2018_0400	F	11/02/2019	AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD
TE	AP	CS MOSQUERUELA	COBOS COBOS MARCELO	2018_0472	S1	09/03/2019	NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

## PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 114 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	RUBIO SERRANO MARIA DOLORES	2018_0256	F	26/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES	2018_0262	S1	25/02/2019	ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL
TE	AP	CS SANTA EULALIA DEL CAMPO	LATASA LATORRE DOLORES PILAR	2018_0729	S1	25/02/2019	DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS
TE	AP	CS SARRION	CONEJOS BELLIDO CARMEN	2018_0387	S1	21/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG
TE	AP	CS SARRION	RUIZ CARRALERO MANUEL	2018_0594	F	18/02/2019	MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2016_1176	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCION EN EL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO.SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINAI (ARAI) Y TRIPLE WHAMY
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	URBISTONDO BLASCO PILAR	2018_0633	F	28/02/2019	GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA
TE	AP	CS TERUEL CENTRO	MARTIN RODRIGUEZ MARIA	2018_1512	F	05/03/2019	ACTUACION ANTE OVACE
TE	AP	CS TERUEL CENTRO TRABAJO SOCIAL	LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA	2018_0176	F	21/02/2019	ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO	2016_1194	S1	12/02/2018	MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	DIAZ DIAZ TANIA	2016_1195	S1	12/02/2018	PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LOU DOMINGO VICTORIANO	2018_0524	F	19/02/2019	EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE	LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR	2018_1508	S1	27/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA	2018_0187	F	12/02/2019	IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE FISIOTERAPIA EN AP	VILLA ORO MARIA JESUS	2018_0211	S1	12/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA
TE	AP	CS TERUEL ENSANCHE SALUD BUCODENTAL	ROSA MORALEDA SUSANA	2018_0165	S1	12/02/2019	SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL
TE	AP	CS UTRILLAS	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	10/12/2018	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS UTRILLAS	MONZON GRACIA ANA ISABEL	2018_1157	S1	12/02/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)
TE	AP	CS UTRILLAS OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA	2018_0534	S1	08/02/2019	PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA
TE	AP	CS VILLEL	MATAMALA GIMENO CARLOS	2018_0614	S1	19/02/2019	POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA
TE	AP	CS VILLEL	MIGUEL POSA JORGE	2018_0834	S1	08/03/2019	USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL
TE	AP	DAP TERUEL	VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO	2016_1192	S1	15/02/2018	REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL
TE	AP	DAP TERUEL	PEREZ DIEZ CRISTINA	2018_0079	S1	10/01/2019	CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES
TE	AP	DAP TERUEL	LAINIZ LORENTE MARIA TERESA	2018_0080	S2	10/01/2019	VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION
TE	AP	DAP TERUEL	MARTINEZ MARTINEZ MATILDE	2018_0082	S1	10/01/2019	GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE	GONZALEZ EIZAGUIRRE	2018_0142	F	15/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION

**PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018**

*Número de memorias: 114 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		GERIATRIA	MARTA				POSTQUIRURGICA
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2018_0156	S1	23/01/2019	PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	CASTRO VILELA MARIA ELENA	2018_0156	F	28/02/2019	PREVENCION DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCION DE LA MOVILIDAD
TE	HOSP	CSS SAN JOSE GERIATRIA	MARTINEZ FABRE DANIEL	2018_0269	F	28/01/2019	NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ALERGOLOGIA	MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR	2018_0288	F	06/02/2019	SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	14/01/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	FERNANDEZ LANDAZURI SARA	2018_0060	F	12/02/2019	ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANALISIS CLINICOS	MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO	2018_0267	F	13/02/2019	REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO	2018_0092	F	04/03/2019	MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ANESTESIA Y REANIMACION	BUENO COSIO OLGA MARIA	2018_0408	F	26/02/2019	MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CARDIOLOGIA	SILVA GONZALEZ DORINDA	2018_0536	S1	27/02/2019	PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	GONZALEZ PEREZ MARTA	2018_0563	S1	03/03/2019	IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	31/01/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MUNIESA HERRERO MARIA PILAR	2018_0128	F	18/02/2019	LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	PEREZ JIMENO NURIA	2018_0181	S1	09/03/2019	PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROYO AGUSTIN MARIA	2018_0185	S2	03/02/2019	PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	RANERA GARCIA MIGUEL	2018_0251	S1	24/02/2019	REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIGESTIVO	ARIÑO PEREZ INES	2018_1243	S1	27/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	GALVE ROYO FERNANDO LEON	2016_1723	S1	16/01/2018	UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PEREZ HERNANDEZ RAQUEL	2018_0528	F	22/02/2019	PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO DIRECCION	PLUMED JUSTE MARIA TERESA	2018_0782	F	09/03/2019	MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	10/02/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	CIPRES CASASNOVAS LUIS	2018_0017	F	04/03/2019	PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO FARMACIA HOSPITALARIA	GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO	2018_1414	F	14/01/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO	GONZALEZ ALVAREZ	2018_1414	F	04/02/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA

**PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD**

**Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018**

*Número de memorias: 114 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)*

**Sector TERUEL**

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		FARMACIA HOSPITALARIA	ALEJANDRO				COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	GONZALEZ GOMEZ NICOLAS	2018_0362	S1	20/02/2019	CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION	2018_0343	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONTON DITO JOSE MARIA	2018_0346	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTENSIVA	MONFORTE ZAFON ENCARNA	2018_0407	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA INTERNA	ZABALA LOPEZ SERGIO	2018_0163	F	06/02/2019	ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	FERNANDEZ SANTOS RAFAEL	2018_1450	F	05/02/2019	PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	LACASA SANCHEZ ALICIA	2018_0179	F	28/01/2019	BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEFROLOGIA	ACERO CARRERO ALMUDENA	2018_0204	S1	30/01/2019	EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUMOLOGIA	ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS	2018_0059	F	25/02/2019	VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2016_0069	S1	25/01/2018	APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	HERNANDO QUINTANA NATALIA	2018_0034	F	11/02/2019	PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO NEUROLOGIA	JARAUTA LAHOZ LAURA	2018_0224	S1	19/02/2019	REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	COLECHA MORALES MARTA	2018_0415	S1	20/02/2019	CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	ALIAS ALEGRE EVA GLORIA	2018_0225	S1	24/02/2019	MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OFTALMOLOGIA	GARGALLO BENEDICTO AMPARO	2018_1528	S1	27/02/2019	MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO ONCOLOGIA MEDICA	FERRER PEREZ ANA ISABEL	2018_0276	F	20/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO OTORRINOLARINGOLOGIA	BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO	2018_0360	F	17/01/2019	PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	S1	27/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ	2018_0354	F	17/02/2019	VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	01/02/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

## PROGRAMA DE APOYO A LAS INICIATIVAS DE MEJORA DE LA CALIDAD EN SALUD

### Memorias de Proyectos seleccionados del ACUERDO DE GESTIÓN-2018

Número de memorias: 114 (Actualizado el viernes 30 de agosto de 2019 a las 12:47:06 horas)

#### Sector TERUEL

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	BENITO COSTEY SILVIA	2018_0489	F	05/03/2019	DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MUÑOZ ALBILLOS MARISOL	2018_0494	F	09/02/2019	REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	MARTIN RUIZ NURIA	2018_0749	F	01/03/2019	MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PEDIATRIA	ALIJARDE LORENTE ROBERTO	2018_0989	F	22/02/2019	ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	BONE PINA MARIA JESUS	2018_0930	S1	26/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	13/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	25/01/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	LATORRE FORCEN PATRICIA	2018_0403	F	21/02/2019	FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO PSIQUIATRIA	GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA	2018_0590	F	08/02/2019	ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO RADIOLOGICO	MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA	2018_0011	S1	13/02/2019	CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO REHABILITACION	RENAU HERNANDEZ ESMERALDA	2018_0386	S1	20/02/2019	CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	ANDRES SALIENTE AURORA	2018_0063	F	11/12/2018	USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	LOPEZ MAS CLARA	2018_0469	F	14/01/2019	AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS
TE	HOSP	H OBISPO POLANCO URGENCIAS	MARTINEZ OVIEDO ANTONIO	2018_0502	F	14/01/2019	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL GALINDO DOBON  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALBARRACIN  
· Localidad ..... ALBARRACIN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN CLEMENTE MANUELA  
CASTILLON ALFAYE IGNACIO  
ROMEO MARTIN NATIVIDAD  
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON  
BLANCO MARCO BEATRIZ  
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó en el Centro de Salud una sesión clínica sobre actualización y manejo de la fibrilación auricular (FA) y se presentó al equipo la vía: "Fibrilación auricular. Vía de actuación en Atención Primaria Sector Teruel", consensuada entre Atención Primaria (AP), Hematología y Cardiología.

Los miembros del proyecto mantuvimos varias reuniones para seguir el proceso del estudio y se enviaron resúmenes del seguimiento a la Técnico de Salud del sector.

Por una parte se planteó la realización de un electrocardiograma (ECG) de 12 derivaciones a la población mayor de 45 años del Centro de Salud de Albarracín, excluyendo los cupos de los Puntos de Atención Continuada, tanto mediante case-finding como por captación activa. Se realizaron electrocardiogramas durante el año 2018 a 303 personas en total, de los 877 listados, lo que supone una cobertura del 34.5%.

Por otra parte se accedió a la Historia Clínica de los 58 pacientes de la Zona Básica de Salud diagnosticados de FA para cumplimentar las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED y para comprobar que los pacientes recibían tratamiento acorde con el diagnóstico, puesto que hay estudios que apuntan que hasta un 23.5% de los sujetos diagnosticados de FA no reciben ningún tratamiento antitrombótico.

Se utilizaron los electrocardiógrafos disponibles en los distintos puntos de atención. Se solicitó la compra de un monitor ECG portátil sin cables para obtener una tira de ritmo de una derivación que hubiera sido muy útil para el cribado, pero no se proporcionó a tiempo para el estudio.

Se comunicó a los pacientes el objetivo del estudio y la pertinencia de realizar un ECG, que serviría además para apoyar el cumplimiento de numerosos programas específicos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron 303 ECGs (34.5% de cobertura) encontrándose a 4 pacientes con FA asintomática (1.32% de los ECGs realizados). La población diana fue toda persona mayor de 45 años, al no poder proporcionársenos el listado de pacientes clasificados por factores de riesgo cardiovascular (FRCV), debido a condicionantes informáticos, según se nos transmitió.

El paciente número 1 era un varón de 80 años, FRCV: obesidad. Fue tratado desde el principio desde AP. Se solicitó analítica completa incluyendo coagulación, radiografía de tórax, interconsulta a cardiología y se comenzó anticoagulación con Sintrom, con control por hematología.

El paciente número 2 era un varón de 62 años, hipertenso, con dislipemia y abuso de alcohol. Fue derivado a urgencias hospitalarias.

La paciente número 3 era una mujer de 85 años, con antecedentes de insuficiencia cardiaca congestiva y dislipemia, que fue derivada a urgencias hospitalarias.

La paciente número 4 era una mujer de 92 años con dislipemia como único FRCV. Fue derivada a urgencias.

En cuanto a los pacientes ya diagnosticados de FA los resultados son:

58 pacientes con diagnóstico de FA en OMI (50% varones) de los cuales únicamente 5 (8.6%) son menores de 70 años. 7 pacientes no entraron en el estudio y se catalogaron como "perdidos" debido a traslados de domicilio o tratarse de pacientes desplazados.

De los 51 pacientes admitidos 46 (90.2%) estaba en tratamiento anticoagulante, de ellos 36 (78.2%) recibían Sintrom y 10 (21.8%) nuevos anticoagulantes orales (NACOs)

El 9.8% no recibía tratamiento anticoagulante.

3 pacientes no recibían tratamiento anticoagulante ni antiagregante alguno, en un caso por decisión del cardiólogo y en los otros dos por riesgo de sangrado justificado que contraindicaba el tratamiento y que estaba recogido en la historia clínica.

2 pacientes recibían tratamiento con ácido acetil salicílico (AAS)

Se comunicó a los médicos responsables de cada paciente la necesidad de revisar los casos dudosos de indicación de tratamiento.

Se realizaron y registraron las escalas CHA2DS2-VASC y HAS-BLED a todos los pacientes con diagnóstico de FA.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del estudio es positiva. Se ha logrado encontrar 4 casos de FA oculta y uno de ellos pudo ser manejado completamente desde AP. El estudio además ha servido para completar el riesgo de sangrado y la indicación de anticoagulación de todos los pacientes ya diagnosticados y se ha podido comunicar a los médicos responsables los pacientes que requerían una valoración más precisa.

La realización y registro de los ECGs ha servido para proporcionar datos útiles para la Cartera de Servicios

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

y se han podido detectar otras anomalías y patologías, como bloqueos o hipertrofias, que han sido comunicadas a los médicos responsables de los pacientes.  
La cobertura alcanzada ha sido menor a la esperada debido a que la población a cribar ha sido mucho mayor de la prevista. Esto se ha debido a varios motivos:  
No se ha podido proporcionar una lista de pacientes que cruzara edad con FRCV, al parecer por limitaciones informáticas. Debido a este motivo tuvimos que incluir en el estudio a toda la población mayor de 45 años, independientemente de sus FRCV. El porcentaje de arritmias detectadas habría sido mucho mayor de poder haber centrado la búsqueda en la población con mayor riesgo de padecerlas.  
Tampoco tenemos acceso a los ECGs que los pacientes hayan podido realizarse fuera del Centro de Salud, ya sea para consultas de especialistas hospitalarios, preoperatorios, etcétera.  
No disponemos de electrocardiogramas en muchos de los consultorios locales, lo que dificulta el acceso de la población al recurso, población además envejecida, con mayor dificultad de desplazamiento. El monitor ECG portátil de un canal solicitado, no estuvo disponible durante el estudio.  
La conclusión es que un programa de búsqueda activa de pacientes con FA oculta proporciona resultados positivos, encontrándose entre un 6 y un 8% de nuevos casos, centrando la búsqueda en población de riesgo.  
Según las horquillas de los estudios consultados el número de casos esperados en nuestro trabajo estaba entre 4 y 8 si se alcanzara el 100% de cobertura de cribado. Nosotros hemos encontrado 4 casos nuevos con un 34.5% de cobertura de la población total, no seleccionada, además de otras numerosas anomalías, por lo que consideramos positivo el balance final.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/309 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0309

Título  
DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

Autores:  
GALINDO DOBON MANUEL, MARTIN CLEMENTE MANUELA, CASTILLON ALFAYE IGNACIO, ROMEO MARTIN NATIVIDAD, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BLANCO MARCO BEATRIZ, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La FA es la arritmia sostenida más frecuente en la población general, con una prevalencia entre el 3% y el 4.5% según estudios, prevalencia mucho mayor en población de edad avanzada y con factores de riesgo cardiovascular. La FA es asintomática o paucisintomática en hasta el 40% de los casos. Se estiman en hasta un 20% los casos de FA no diagnosticados. Con unos datos de 72 pacientes con diagnóstico de FA en nuestra Zona de Salud (2.64%) es de esperar, según la menor o mayor horquilla de prevalencia de los estudios consultados, la existencia de entre 10 y 30 pacientes con FA no diagnosticada. Estudios de cribado previos muestran para España datos de entre el 6% y el 8% de FA oculta que sale a la luz tras implementar programas de cribado.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es encontrar pacientes con FA oculta que puedan beneficiarse de un tratamiento antitrombótico que minimice el riesgo de complicaciones graves. El resultado esperado en nuestro trabajo es encontrar entre 4 y 8 pacientes nuevos. Un objetivo paralelo del programa será revisar las indicaciones de anticoagulación en todos los pacientes diagnosticados de FA porque, según estudios, hasta un 23.5% de pacientes portadores de FA permanente no están recibiendo ningún tratamiento antitrombótico pese a existir indicación para ello. Esto es una clara

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0309

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE CASOS DE FIBRILACION AURICULAR (FA) OCULTOS EN LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ALBARRACIN (TERUEL)

oportunidad de mejora.

Debe ser objetivo de Atención Primaria la mayor implicación en el diagnóstico, manejo y seguimiento de estos pacientes, de tal forma que en un futuro cercano se pueda consensuar con cardiología un seguimiento por parte de Atención Primaria de aquellos pacientes ya estudiados y que permanezcan estables y no requieran especiales intervenciones por parte de Atención Especializada.

#### MÉTODO

Las últimas guías de manejo de la FA recomiendan cribado ocasional (case finding) en pacientes mayores de 65 años, cribado en pacientes con antecedentes de ictus o AITs independientemente de la edad y cribado sistemático en mayores de 75 años.

En este proyecto se pretende realizar un ECG durante 2018 a todos los pacientes mayores de 65 años y a todos los pacientes entre 45 y 65 años que presenten al menos un factor predisponente de FA (HTA, DM, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, valvulopatía, hipertiroidismo, anemia, tabaquismo, obesidad, EPOC o SAHOS) Un reciente estudio de cohortes ha encontrado relación lineal positiva entre puntuación en la escala CHA2DS2-VASc en enfermos sin arritmia y riesgo de futura aparición de FA por lo que se recomienda un esfuerzo mayor en el cribado de esos pacientes.

#### INDICADORES

Se relacionará el diagnóstico de FA con la presencia o no de sintomatología presente o pasada y los factores de riesgo existentes.

Se estudiarán los posibles motivos de infradiagnóstico e infratratamiento

Dada las características demográficas de nuestra Zona de Salud es factible alcanzar un alto grado de cobertura.

#### DURACIÓN

A lo largo del 2018. Recogida de datos durante un semestre y análisis en la segunda mitad del año. Presentación de resultados en noviembre o diciembre.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JUAN CARLOS SORIANO MARTINEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALBARRACIN  
· Localidad ..... ALBARRACIN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES  
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA  
MARTIN CLEMENTE MANUELA  
BESER MORTE CRISTINA  
HERNANDEZ LAHUERTA RAMON  
MARTIN PASCUAL MARIA ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### ACTIVIDADES:

Incluir todos los resultados de las mamografías realizadas durante la Campaña de Detección Precoz del Cáncer de Mama en el OMI.

##### RECURSOS:

Listado de la DGA de mujeres incluidas en el programa

Listado de los resultados de las mamografías.

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS.

Finales de mayo:

Tener todos los resultados de las mamografías incluidas en OMI

Listado de los valores patológicos para su seguimiento.

Finales de noviembre:

Valorar el seguimiento de los resultados patológicos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mujeres que tenían que hacerse la mamografía: 403

Mujeres que se han hecho la mamografía dentro del programa: 310

Todo esto supone un 77 %, un porcentaje superior al 70% recomendado. En la provincia de Teruel fue de 85,8% de las mujeres citadas.

De estas 310 mujeres que han pasado por el cribado, 31 tuvieron que volverse hacer otra con los siguientes resultados:

a) 14 patología benigna.....repetir en 2 años.

b) 12 patología benigna.....repetir en 1 año.

c) 2 patología benigna .....repetir en 6 meses.

d) 3 patología maligna derivadas al hospitalACTIVIDADES:

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo esto es un 10% de todas las mamografías realizadas que tienen un resultado positivo.

Las de repetir en 6 meses se realizaron la prueba en octubre siendo citadas para hacérsela otra vez en 6 meses.

De todas las realizadas con valor positivo solo 3 dieron patología maligna que es un 1%. En este momento están en diferentes fases de su enfermedad.

Con el programa de Detección del cáncer de mama desde que se implanto en 2006 en la Comunidad ya han pasado por el 200.000 mujeres.

Con ello se ha conseguido reducir la mortalidad un 19 %, si bien el tumor mama sigue siendo el más frecuente como causa de muerte en la mujer representando

el 3% del total de muertes y el 15% del total de tumores.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/352 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0352

Título  
EVALUACION DEL SCRENNIG DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

Autores:  
SORIANO MARTINEZ JUAN CARLOS, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0352

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL SCREENING DE CANCER DE MAMA EN EL CENTRO DE SALUD ALBARRACIN E INCLUIR LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS EN EL OMI

HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, BESER MORTE CRISTINA, MARTIN PASCUAL ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

#### TEMAS

Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: REGISTRAR EL RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS EN OMI  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

--AL SER UNA ACTIVIDAD QUE SE REALIZA CADA DOS AÑOS Y CON VARIOS CAMBIOS DE MEDICOS EN LOS ULTIMOS AÑOS NO SE HAN INCLUIDO EN EL OMI LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS.  
--POR ESO PRETENDEMOS INCLUIR TODAS LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA EN EL CS ALBARRACIN.  
--EL SEGUIMIENTO DE LOS VALORES ANORMALES CON SU DERIVACION A ESPECIALISTAS SEGUN EL CASO.

#### RESULTADOS ESPERADOS

--INCLUIR EN TODAS LAS HISTORIAS DEL LAS PACIENTES EL RESULTADO DE SU MAMOGRAFIA.  
-- OBTENER QUE LAS MUJERES QUE NO SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA POR DISTINTOS MOTIVOS ( COMO LAS MUJERES TRASHUMANTES) SE REALIZEN LA MAMOGRAFIA.  
--CONTROL DE LAS QUE EL RESULTADO HA SIDO ANORMAL CON SEGUIMIENTO DE SU PROCESO.

#### MÉTODO

--LOS LISTADOS ENVIADOS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA DE LA DGA.  
--LOS LISTADOS DE LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS REALIZADAS POR EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.  
--DERIVAR A LAS MUJERES QUE NO SE HICIERON LA MAMOGRAFIA AL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD EN TERUEL PARA LA REALIZACION DE LA MAMOGRAFIA.  
--CAPTACION ACTIVA DE LAS MUJERES QUE NO PUDIERON HACERSE LA MAMOGRAFIA.  
-- CAPTACION ATRAVES DE LAS MUJERES QUE VIENEN HA DARNOS EL RESULTADO DE LA MAMOGRAFIA.

#### INDICADORES

--NUMERO DE MUJERES INCLUIDAS EN EL PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE MAMA.  
--NUMERO DE MUJERES QUE SE HAN HECHO LA MAMOGRAFIA. -- RESULTADO DE LAS MAMOGRAFIAS CON VALORES NORMALES.  
-- NUMERO DE MAMOGRAFIAS CON VALORES ANORMALES.  
-- TODOS LOS ANTERIORES RESULTADOS CON SUS PORCENTAJES

#### DURACIÓN

--DESDE MAYO 2018 HASTA DICIEMBRE 2018.  
--A FINALES DE JUNIO TENER TODOS LOS RESULTADOS DE LAS MAMOGRAFIAS INCLUIDOS EN LA HISTORIA DE CADA MUJER.  
--EN JUNIO REUNION DE LOS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA DEFINIR ALGUNO DE LOS INDICADORES A EVALUAR

#### OBSERVACIONES

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... KATIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CS ALBARRACIN
- Localidad ..... ALBARRACIN
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ LAZARO CAROLINA  
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA  
TAMAMES CERDA ANA  
MARTIN CLEMENTE MANUELA  
LAORDEN ESTEBAN MERCEDES  
LORENZ DE LA PUENTE GLORIA  
FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En mayo de 2018 se entrega al personal sanitario de la ZBS de Albarracín los listados de los pacientes diabéticos asignados a sus cupos para su revisión.

Una vez depurados los listados, se solicita análisis, según protocolo de diabetes, a todos aquellos paciente que no la tuvieran en los 6 meses previos.

Se entrega a los colaboradores dos tablas con los objetivos de control y las actividades a realizar y periodicidad adecuada según recomendaciones guía clínica de Diabetes de marzo de 2017. (Guía Clínica Fisterra)

Se revisa al inicio del proyecto la glucosa basal o capilar, glucosa postpandrial, Hb glicada, colesterol total, HDL, LDL, TG, peso, tensión arterial, cintura, hábitos tóxicos y complicaciones, así como los tratamientos relacionadas con la diabetes.

Se comprueba que cada paciente tenga hecho o no en los últimos años :ECG, retinografías, revisión pie diabético, FG y microalbuminuria.

Calendario inicial, trimestral y semestral de actividades.

Recursos empleados:

Historia Clínica electrónica, OMI-AP, ECG, Laboratorio de análisis Clínicas, Retinografías de AP, Aparatos de medición de consultorio médico y de enfermería de AP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se inicia el Proyecto con 167 pacientes. 55% hombres y 45% mujeres

75% > o = 65 años. 48% obesos, 11%fuman, 16% consumen alcohol, 40%presentan complicaciones relacionadas con la diabetes, 65% presentan un FG>60, 23%un FG <60 y 10% no lo tiene calculado, microalbuminuria solicitada al inicio de 87% siendo 65%<30%. 24% no tiene ECG en los últimos 2 años. 65% tiene retinografía hecha en los dos años, 86% vacunados de Gripe. Un 90% de los pacientes tienen realizada alguna exploración de pié diabético ( inspección, vascular o nerviosa).

Hemos detectado que el 89% tenían Hbglicada al inicio solicitada en los últimos 6 m. De los cuales <=7 el 58%, entre 7-8 el 21% y >8 el 14 % y no realizada el 7%.

A los 6 m se ha realizado HB glicada al 68% de los pacientes; 34% <7, 14% entre 7 y 8 y 20% >8.

LDL al inicio <70 de 16% y a los 6 m 12%. LDL entre 70-100 al inicio 39% y a los 6 m 30%. LDL>100 es de 36% y a los 6 m 25 %. LDL no realizada de 14% al inicio al 31%.

Tensión Arterial al inicio <140/90 de 56% y a los 6m 47%. TA > o igual a 140/90 al 40%. TA no realizada del 4% al 11%.

A 21% no se ha realizado intervenciones educativas a los 3 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está pendiente revisión de nueve y doce meses para emitir conclusiones.

De momento podemos concluir que hay peor cumplimentación de las actividades trimestrales recomendadas. Es posible que la causa sea multifactorial; cambios de profesionales en el Equipo, Zona rural con desplazamientos en el invierno difíciles por causas climatológicas, cambios de residencia en invierno de nuestros pacientes, etc.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/705 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0705

Título  
ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705

### 1. TÍTULO

#### ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN

DE SOUZA OLIVEIRA KATIA APARECIDA, PEREZ LAZARO CAROLINA, SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, TAMAMES CERDA ANA, MARTIN CLEMENTE MANUELA, LAORDEN ESTEBAN MERCEDES, LORENZ DE LA PUENTE GLORIA, FABIAN PAULINO JOSE GREGORIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Con este proyecto pretendemos mejorar la cumplimentación de indicadores relacionados con las microangiopatias en nuestros pacientes con Diabetes Mellitus.  
Eso se haría a través de un listado de pacientes y una programación periódica de meses en consultas médicas y/o de enfermería con citación por carta o teléfono.  
Nuestra valoración se haría en función de los hábitos higiénicos dietéticos, la actividad física, la valoración farmacológica, la valoración analítica periódica, la valoración del pie diabético y el cálculo del Filtrado Glomerular.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:  
Mejorar el porcentaje de cumplimentación de los indicadores relacionados a la Diabetes Mellitus.  
Detectar alteraciones relacionadas a microangiopatía no conocidas.  
Población diana: Diabeticos del CS Albarracin

#### MÉTODO

1. Revisión de los listados por parte de los profesionales médicos y enfermeros.
2. Solicitud de analíticas en aquellos usuarios sin determinación en el último semestre.
3. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada un ECG anual.
4. Comprobar que todos los diabéticos tengan realizada una retinografía en los últimos dos años.
5. Valoración del pie diabético realizado en el último semestre.
6. Volcado en Historia clínica los resultados de análisis completos solicitados en atención especializada.
7. Si los controles realizados no cumplen con las recomendaciones actuales de la ADA 2017, se citará al paciente en la consulta programada en un plazo inferior a 1 mes.

Recomendaciones de control en una situación estable y con buen control metabólico cada al inicio y cada 3-6 y 12 meses

#### INDICADORES

- Indicadores:
1. % pacientes diabeticos con HbA1C  $\geq 7$ /total de paciente diabéticos con HbA1C realizada.
  2. % pacientes diabéticos con FG calculado por CKD-EPI  $< 60$ /total de pacientes diabéticos con FG calculado.
  3. % de pacientes diabéticos con retinografía realizada en los últimos dos años/total de pacientes diabéticos.
  4. % de pacientes con riesgo de pie diabético calculado/total de pacientes diabéticos.
  5. %de pacientes diabéticos con microalbuminúria realizada/total de pacientes diabéticos.
  6. % de pacientes diabéticos con ECG realizado en los doce meses previos al final del estudio/total de pacientes diabéticos.

#### Evaluación:

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.

#### DURACIÓN

Se realizará una evaluación trimestral del seguimiento del listado de pacientes diabeticos con incorporación o de pérdida de casos a lo largo del estudio.  
La duración será de 12 meses, desde abril de 2018 a abril de 2019.  
Al fin del estudio se analizarán los indicadores propuestos y se realizarán las conclusiones pertinentes.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0705**

**1. TÍTULO**

**ABORDAJE DE LA MICROANGIOPATIA DIABETICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ALBARRACIN**

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... IGNACIO CASTILLON ALFAYE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALBARRACIN  
· Localidad ..... ALBARRACIN  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ESTEVA DE ANDRES HELENA  
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA  
RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA  
SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2016 se inició un proyecto de educación sanitaria por algunas personas del EAP de Albarracín en colaboración con la Asociación Para la Salud y el Medio Ambiente de la Sierra de Albarracín (APSMA). Durante el año 2017 se dieron varios talleres en varios municipios, institutos, AMPAS y claustros escolares. Ante el éxito de los mismos, el efecto del boca a boca, la difusión de nuestro proyecto mediante el blog de la APSMA (<http://apsmasierraalbarracin.blogspot.com/>) y algunas actuaciones exitosas derivadas de la formación realizada referidas por el alumnado del instituto, se decidió continuar con un nuevo proyecto en 2018. Se nos demanda esta formación desde varios municipios que no la habían realizado en 2017, varios colegios de infantil y primaria, AMPAS, y colectivos de profesoras de guarderías. En este nuevo proyecto se decidió continuar con el proyecto de formación a población no sanitaria adulta sobre RCP, primeros auxilios y manejo del DESA para mejorar la actuación y atención temprana ante una Parada Cardio-Respiratoria u otros problemas de salud urgentes, debido a la dispersión de la población en esta Sierra y el difícil acceso a la misma por las carreteras existentes. Y se decidió ampliar, sistematizar y adaptar estos talleres a toda la población infantojuvenil que estaba siendo educada en el instituto y los CRAs de la Sierra, AMPAs y otros colectivos relacionados con la salud, la prevención y la protección civil.

En el año 2018 se han conseguido realizar 19 talleres personas adultas y en edad infantojuvenil en los siguientes pueblos de la Sierra de Albarracín: Albarracín, Gea de Albarracín, Orihuela del Tremedal, Bronchales, Gualadaviar, Villar del Cobo, Frías de Albarracín, Calomarde y Griegos, llegando a población adulta, población del Instituto de Educación Secundaria "Lobetano" y en los 3 CRAs de la Sierra de Albarracín (Albarracín, Sierra de Albarracín, Orihuela-Bronchales).

Para ello se estableció unos meses de primavera a otoño en los que los accesos por carretera eran más sencillos, se podía llegar a la población residente y turista que habita de forma permanente o temporal la Sierra y en la que la población escolar está en plena actividad.

Todos los talleres han sido impartidos por personal del EAP de Albarracín (pediatra, personal médico y de enfermería), fuera de su horario laboral y pudiendo cubrir parte de sus gastos de desplazamiento a través de la subvención RAPPs de la APSMA. Se han utilizado los recursos audiovisuales de los propios municipios, CRAs e instituto, aunque en algunos casos ha sido necesario utilizar los propios del Centro de Salud. Se han conseguido muñecos de prácticas de RCP a través del préstamo a miembros del club de montaña GAMTE y la SEMFYC, debido a que no conseguimos material de docencia de este tipo de talleres a través del SALUD.

Las presentaciones audiovisuales y vídeos utilizados han sido diseñados, elaborados y adaptados a los distintos colectivos y edades por parte del equipo responsable de este proyecto a través de las distintas guías de recomendación en estas prácticas, materiales de otras experiencias mediante internet y la propia experiencia sanitaria del personal del EAP que participaba en este proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En todos los casos la valoración de este tipo de talleres ha sido muy positiva, indicándonos la importancia y necesidad de llegar a la mayor parte de la población activa y válida de la Sierra. Se nos transmitió en la mayor parte de las veces lo importante de la practicidad y cercanía en la metodología pedagógica de este tipo de formación. Aunque algunos(as) alumnos(as) se quejaron de que no pudieron practicar con el DESA, aunque vieron el video como se utilizaba.

Desde la Comarca de Albarracín, y a raíz de la extensión de este tipo de proyectos comunitarios de ha decidido comprar 26 DESAs para los 26 pueblos que componen la Sierra de Albarracín. Se nos ha solicitado asesoría para su compra, la formación y acreditación de las personas responsables en cada municipio.

La población general a la que se ha llegado en el proyecto de este año ha sido de 304 personas, que supondrían más del 10% de la población censada en la Sierra de Albarracín.

Taller RCP y primeros auxilios en adultos

Responsable: Jesús Senosiain

Lugar: Griegos

Fecha: 26-7-18, 18:00 h

Destinatarios/as: Población general del pueblo

Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos

Responsable: Jesús Senosiain

Lugar: Calomarde

Fecha: 18-7-18, 18:00 h

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Destinatarios/as: Población general del pueblo  
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos  
Responsable: Jesús Senosiain  
Lugar: Frías de Albarracín  
Fecha: 17-7-18, 18:00 h  
Destinatarios/as: Población general del pueblo  
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos  
Responsable: Jesús Senosiain  
Lugar: Villar  
Fecha: 16-7-18, 18:00 h  
Destinatarios/as: Población general del pueblo  
Participantes: 7 personas

Taller RCP y primeros auxilios en adultos  
Responsable: Jesús Senosiain  
Lugar: Guadalaviar  
Fecha: 2-7-18, 12:00 h  
Destinatarios/as: Población general del pueblo  
Participantes: 14 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes  
Responsable: Josefa Rodriguez y Helena Esteva  
Lugar: IES Albarracín  
Fecha: 21-6-18, 12:00 h  
Destinatarios/as: alumnos/as de 2º y 3º de la ESO del IES  
Participantes: 21 personas

Taller RCP y primeros auxilios en jóvenes  
Responsable: Nacho Castellón y Helena Esteva  
Lugar: IES Albarracín  
Fecha: 21-6-18, 10:30 h  
Destinatarios/as: alumnos/as de 6º de Primaria, 1º y 4º de la ESO del IES  
Participantes: 35 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Bronchales  
Fecha: 28-5-18, 15:00 h  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria 2º de la ESO  
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Gea de Albarracín  
Fecha: 28-5-18, 10:00 h  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º a 6º de Primaria  
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Orihuela  
Fecha: 25-5-18, 9:30 h  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria a 2º de la ESO  
Participantes: 22 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 18-5-18, 9:00 h  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 5º y 6º de Primaria  
Participantes: 17 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Orihuela del Tremedal  
Fecha: 27-4-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º a 3º de Infantil  
Participantes: 9 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 19-4-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 4º de Primaria  
Participantes: 20 personas

Taller RCP y primeros auxilios en bebés y niños/as hasta los 3 años  
Responsable: Carolina Castaño (pediatra CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 18-4-18, 16:30 h  
Destinatarios/as: Personal docente de las Escuelas Infantiles de la Sierra de Albarracín y AMPA Albarracín  
Participantes: 25 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 12-4-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 3º de Primaria  
Participantes: 10 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 11-4-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 2º de Primaria  
Participantes: 18 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 27-3-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 3º de Infantil  
Participantes: 19 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Gea de Albarracín  
Fecha: 22-3-18,  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º de Primaria y 1º, 2º y 3º Infantil  
Participantes: 8 personas

Taller RCP y primeros auxilios infantil  
Responsable: Helena Esteva (enfermera CS Albarracín)  
Lugar: CRA Albarracín  
Fecha: 26-2-18, a las 12:00 h  
Destinatarios/as: Niños y niñas del aula de 1º y 2º Infantil  
Participantes: 21 personas

Para la evaluación de los talleres se repartieron encuestas con 10 preguntas de test con 4 respuestas cada una, para valorar los conocimientos sobre Primeros Auxilios y RCP básica. Dicha encuesta se pasó previa y posteriormente a la realización del taller. También se elaboró una encuesta de satisfacción específica para estos talleres que se pasaron a los asistentes posteriormente del taller. Además, en casi todos los talleres fuimos por lo menos dos docentes, y uno/a de nosotros/as hacía de observador/a de dicho taller. Esto nos ayuda a evaluar la manera de dar el taller del docente, además de las encuestas. Y por último, en la reunión anual de evaluación de la APSMA se valoró y analizó la idoneidad de dichos talleres, la duración y la posibilidad de seguir formando y haciendo talleres de recuerdo o reciclaje a personas interesadas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Algunas de las conclusiones y recomendaciones que nos surgen tras la realización de este año de formación son:

- Disposición por parte del EAP de material docente para talleres de RCP, utilización del DESA para simulacros y primeros auxilios
- Facilitar a las personas docentes la cobertura de los gastos de desplazamiento ocasionados para la realización de estos talleres, ya que mediante la subvención RAPPs resulta insuficiente
- Continuar un año más con el proyecto para llegar a los municipios, población escolar y agentes de protección civil al que no hemos podido llegar en 2018, para entonces incluir este proyecto de formación comunitaria en la cartera de servicios del EAP y poder dar talleres de reciclaje cada 2-3 años
- Solicitar formación para formadores/as y mejorar la formación impartida en RCP, manejo de DESA y primeros auxilios a través del 061 o sociedades científicas con capacidad de dar acreditaciones para cumplir con la legislación vigente en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios.
- Conseguir que al menos 3-4 miembros del EAP obtengan la acreditación como formadores/as en materia de RCPb, utilización de DESA y DEA, y primeros auxilios, para poder acreditar a las personas responsables de los DESAs municipales o instalados en edificios públicos de la Sierra de Albarracín.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

7. OBSERVACIONES.  
Por desconocimiento de la metodología de presentación, evaluación y seguimiento de los proyectos de AGC y Comunitarios de la persona responsable de este proyecto no se continuó (Ignacio Castellón) el proyecto de 2017, liderado por Mónica Lasheras que en 2018 estuvo de baja maternal, con una memoria de seguimiento. Este proyecto de 2018, se evalúa en este año 2019 con una memoria de seguimiento para finalizarlo en 2020 con una memoria final y posterior inclusión del proyecto en la cartera de servicios del EAP de Albarracín.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1359 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1359

Título  
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018

Autores:  
CASTILLON ALFAYE IGNACIO, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, RODRIGUEZ MANZANILLA JOSEFA, SENOSIAIN IBAÑEZ IOSU, LASHERAS BARRIO MONICA, ESTEVA DE ANDRES HELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACIN

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: EPS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
DADA LA DISPERSIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA ZONA, HEMOS PENSADO EN LA NECESIDAD DE FORMAR A LOS HABITANTES DE LA SIERRA EN PRIMEROS AUXILIOS, RCP BÁSICO Y USO DEL DESA, YA QUE EN MUCHAS OCASIONES LA ASISTENCIA MÉDICA NO PUEDE DARSE DE FORMA INMEDIATA. EN ESTE AÑO QUEREMOS AMPLIAR ESTE TIPO DE FORMACIÓN A LA POBLACIÓN INFANTIL DE LOS CRAS DE LA SIERRA.

RESULTADOS ESPERADOS  
EL PROYECTO VA DIRIGIDO A LA POBLACIÓN ADULTA E INFANTIL DE LA SIERRA DE ALBARRACÍN, SE PRETENDE MEJORAR LA ATENCIÓN EN CASO DE NECESIDAD URGENTE DE RECIBIR PRIMEROS AUXILIOS, HASTA LA LLEGADA DEL PERSONAL SANITARIO.

MÉTODO  
SE REALIZARAN TALLERES CON PRESENTACIONES AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICA COMO SE REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS BASICOS, EN ALGUNAS SESIONES SE USARÁ UN SIMULADOR DESA Y SE VISUALIZARÁ UN VIDEO DE COMO SE USA EL MISMO. SE EXPLICARÁ LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y LA REALIZACIÓN DE RCP BÁSICA Y SU SECUENCIA. TRAS LA PARTE TEÓRICA SE REALIZARÁN PRÁCTICAS CON MUÑECOS Y ENTRE LOS PARTICIPANTES SE PRACTICARÁ LA POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD Y LA MANIOBRA DE HEIMLICH. EN LOS TALLERES INFANTILES LAS PRESENTACIONES SON ADAPTADAS A CADA EDAD Y SE INTERCALAN CANCIONES Y JUEGOS PARA MANTENER LA ATENCIÓN Y APRENDIZAJE ACTIVO DE LOS Y LAS NIÑOS/AS.

INDICADORES  
SE REALIZARAN UNAS ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN DE LA ACTIVIDAD Y UN TEST DE 10 PREGUNTAS PARA VALORAR CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS PRE Y POST SESIÓN. EN LOS TALLERES INFANTILES SE HACE UNA RONDA FINAL EN LA QUE NOS CUENTEN SUS IMPRESIONES Y APRENDIZAJES.

DURACIÓN  
EL CALENDARIO SE REALIZARA A LO LARGO DE 2018-2019, A PETICIÓN DE LOS PUEBLOS, INSTITUCIONES, IES Y CRAS QUE LO SOLICITEN.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1359**

**1. TÍTULO**

**TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS RCP BASICO Y DESA 2018**

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALFAMBRA  
· Localidad ..... ALFAMBRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS  
ESTEBAN PEREZ NURIA  
HERRERO PEREZ ESMERALDA  
MARTIN MUÑOZ GLORIA  
ABADIA BERNUES CARMELO  
HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tal y como se planteó en el documento inicial, el personal del equipo ha realizado su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica impartida por los propios componentes del equipo de mejora. Dicha sesión inicialmente estaba planificada para los meses de abril y mayo, pero por motivos de agenda (los jueves es el día que el EAP tiene reservado para la realización de las reuniones de equipo y de las sesiones clínicas), no pudo ser impartida hasta el 15 de junio.

El título de dicha sesión fue: "CARACTERÍSTICAS Y TÉCNICA CORRECTA DE USO DE LOS DIFERENTES DISPOSITIVOS DE INHALACIÓN." Y "TALLER DE USO ADECUADO DE INHALADORES PARA PACIENTES". Quedó registrada en el documento MC-2\_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA SESION CLINICA SC-8 15062017.

Posteriormente, tal y como se planteó en el proyecto inicial, se programó la realización de 3 talleres (con frecuencia trimestral) de educación grupal dirigidos a pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

El primer taller estaba programado para junio de 2017, pero dado el retraso en la presentación de la sesión y la llegada del periodo vacacional, con aumento importante de la población desplazada y el consiguiente aumento de la demanda asistencial, se decidió posponerlo para septiembre.

A lo largo de este mes de septiembre cada enfermera (apoyada por el médico correspondiente y por una médico residente de 2º año que estaba realizando su rotación rural) ha ido desarrollando los talleres en grupos hasta de 6 pacientes. Para ello, en primer lugar ha impartido la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" en la que se explica de forma sencilla las ventajas de la vía inhalada respecto a otras vías de administración, y la importancia de realizar una buena técnica de inhalación con su dispositivo. Asimismo, se expone un vídeo de la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo, y un material de refuerzo con dibujos y explicaciones sencillas para repasar dicha técnica. También se explican las nociones básicas de higiene bucal tras el uso de inhaladores, y de mantenimiento y conservación adecuada de los dispositivos.

Cada paciente ha acudido al taller con su inhalador y su cámara de inhalación (en caso de que la utilice) y ha realizado delante del sanitario la técnica de inhalación de forma supervisada a nivel individual, siendo corregido en aquellos aspectos en los que la técnica ha sido incorrecta.

Tras la visualización del vídeo se ha pasado un test a cada uno de los participantes con el fin de constatar sus conocimientos sobre el uso de inhaladores, cuestionario que se repetirá en los dos talleres posteriores para objetivar los conocimientos adquiridos a través del proceso de educación sanitaria y que se utilizarán para la evaluación de indicadores.

Los talleres realizados han quedado registrados en el documento MC-2\_SA(P)E (normas ISO 9001) ACTA TALLERES DIRIGIDOS A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INHALADORES.

El segundo taller se realizó a lo largo del mes de enero de 2018. Se volvieron a citar en grupos de 6 pacientes en tratamiento con el mismo inhalador y se incluyeron a los pacientes nuevos que a lo largo de estos meses desde el primer taller han comenzado a usar inhaladores. Inicialmente se comprobó individualmente en cada paciente la técnica de inhalación, corrigiendo los errores en la misma. Posteriormente se impartió de nuevo la presentación "Taller de uso adecuado de inhaladores para pacientes" y se expuso el mismo vídeo sobre la técnica de inhalación correcta para el inhalador que usa el grupo. Finalmente se volvió a pasar el mismo test a cada uno de los participantes con el fin de conocer sus conocimientos y habilidades adquiridos en el uso de inhaladores después de las sesiones realizadas.

Queda programado el tercer y último taller para abril de 2018.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores clínicos que se van a utilizar para realizar la evaluación son los siguientes:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

La evaluación de resultados se realizará a partir de mayo de 2018 hasta final del mismo año.

Por lo tanto, este proyecto continuará durante todo el año 2018.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado que se trata de un proyecto de seguimiento que todavía no ha concluido, en el momento actual no disponemos de resultados ni conclusiones ni posibles recomendaciones, pero hemos podido objetivar una excelente acogida por parte de los pacientes, con un gran porcentaje de participación e interés en la realización de la técnica de forma correcta.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1214 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1214

Título  
EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA- EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

Autores:  
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, HERRERO PEREZ ESMERALDA, MARTIN MUÑOZ GLORIA, ABADIA BERNUES CARMELO, HERNANDEZ RODRIGUEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Muchos pacientes con asma o EPOC consiguen beneficios incompletos con el tratamiento inhalado debido a una mala técnica de inhalación y ello compromete el control de estas patologías. La revisión regular de la técnica de inhalación es crucial, ya que la técnica correcta es una de las claves del control de dichas patologías.

De hecho, las causas principales de descompensación en los pacientes con asma-EPOC son: el abandono o infrutilización del tratamiento por parte del paciente, el infratratamiento por parte del médico y, finalmente, una técnica de inhalación inadecuada.

Por ello, se han detectado por parte de los profesionales del EAP de Alfambra la necesidad de formación a los pacientes en el uso de inhaladores.

Por otro lado, la situación de partida en el diagnóstico de EPOC en el Sector de Teruel es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se han aunado esfuerzos para desarrollar una serie de proyectos con los objetivos comunes de mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores, con un aumento de la realización de espirometrías, y mejorar el tratamiento en este perfil de pacientes implementando unos talleres en uso de inhaladores.

#### RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1214

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION GRUPAL EN USO DE INHALADORES A PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ASMA-EPOC EN EL CENTRO DESALUD DE ALFAMBRA, PERTENECIENTE AL SECTOR DE TERUEL

El objetivo general es implantar un programa de educación grupal para el correcto manejo de inhaladores en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Objetivos específicos:

- 1.- Reducción del nº de reagudizaciones secundarias a déficits de tratamiento o a mal uso del mismo.
- 2.- Reducción del nº de ingresos hospitalarios
- 3.-Mejoría del control de síntomas en el paciente estable
- 4.- Reducción del nº de pacientes que abandonan el tratamiento de base
- 5.-Reducción de la tasa de efectos secundarios al tratamiento con inhaladores como: micosis oral o faríngea, sudoración, temblores, aumentos de las crisis

#### MÉTODO

Se realizarán talleres de educación grupal compuestos por 2 a 4 pacientes con diagnóstico de Asma-EPOC y en tratamiento actual con inhaladores de cartucho presurizado (convencional o activado por la inhalación) o de polvo seco (unidosis o multidosis) .

- \* Cartucho presurizado: Autohaler o presurizado (Ventolín)
- \* Polvo seco: Accuhaler, Turbuhaler, Novolizer, Twisthaler

En ellos, además de especificar concretamente el procedimiento de dispensación del medicamento, se propondrán las medidas necesarias de limpieza del dispositivo además de las necesidades del propio paciente después del mismo tratamiento.

Para la realización de estos talleres se dispondrá de los inhaladores propios de los pacientes y de una cámara espaciadora para exponer la inhalación con este tipo de material.

Previamente el personal del equipo realizará su propia formación en dispositivos de inhaladores mediante sesión clínica que impartirán los propios miembros del equipo.

Este tipo de talleres se realizará con frecuencia trimestral (3 en 2017) y se llevarán a cabo tanto por personal de médico como de enfermería.

#### INDICADORES

1. Mejora del conocimiento del uso de inhaladores a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.
2. % pacientes que retiran recetas de inhaladores en tiempo correcto (>90%) según e-receta
3. % pacientes que reducen nº agudizaciones respecto el año anterior (>80%)
4. % paciente que reducen nº ingresos hospitalarios respecto al año anterior (>70%)
5. % pacientes que reducen nº de episodios de candidiasis orofaríngeas (>80%)

Los indicadores clínicos se evaluarán a través de Historia clínica y receta electrónica y a través de un cuestionario de conocimientos adquiridos.

#### DURACIÓN

Sesión clínica formativa en el uso de inhaladores: abril-mayo 2017

Primer taller para pacientes: junio 2017

Segundo taller para pacientes: octubre 2017

Tercer taller para pacientes: diciembre 2017

La evaluación de resultados se realizará a lo largo del año 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MARCO CATALAN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALFAMBRA  
· Localidad ..... ALFAMBRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABADIA BERNUES CARMELO  
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL  
DIAZ BRULL FRANCISCO  
REMIREZ MOLINA ANA MARIA  
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS  
ESTEBAN PEREZ NURIA  
VICENTE PEREZ MANUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 12 de abril de 2018 se realizó la Sesión Teórica sobre RCP básica y avanzada (SC-5 12042018) dirigida a todos los profesionales del equipo. En ella se explicaron los conceptos de parada cardiorespiratoria (PCR) y reanimación cardiopulmonar (RCP), de apoyo vital básico y de Cadena de supervivencia.

Posteriormente se desarrolló el Soporte vital básico: algoritmo básico, secuencia ABCD, conclusiones, nuevas recomendaciones en SVB.

En cuando al DESA: descripción, uso y nuevas recomendaciones.

En lo que respecta al Soporte vital Avanzado, se repasó el contenido del carro de reanimación, algoritmo universal de SVA (ritmos desfibrilables y no desfibrilables) y nuevas recomendaciones en SVA.

Se explicó la RCP básica pediátrica y se finalizó la sesión con la atención a la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE).

Todas las recomendaciones anteriores están basadas en las últimas actualizaciones del Consejo Europeo de Reanimación Cardiopulmonar-CERCPC 2015 y de la Asociación Americana del Corazón-AHA 2017.

El 19 de abril de 2018 se realizó la Sesión Práctica sobre RCP básica (SC-6 19042018), en la cual se expuso un video de 16 minutos de duración con diferentes casos clínicos de RCP básica en adultos y niños. A continuación, sobre los maniquíes, se recordaron las maniobras de RCP básicas y uso de desfibrilador semiautomático y, finalmente, cada miembro del equipo realizó prácticas sobre casos clínicos supuestos.

Durante los meses de mayo y junio se realizaron 5 talleres dirigidos a la población en los 5 municipios de cabecera de la Zona de Salud de Alfambra.

La difusión de los mismos se llevó a cabo de forma verbal y mediante cartelería en los lugares públicos más concurridos.

Cada uno de los talleres fue impartido por el facultativo y la enfermera del cupo correspondiente y se utilizaron medios audiovisuales para la parte teórica (presentación power point y vídeos) y torsos de reanimación de adultos y niños y un DESA (facilitados por la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Teruel).

Se informó al Consejo de Salud de la Zona la intención de realizar los talleres, siendo acogida de forma muy favorable.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores utilizados para la evaluación del proyecto fueron los siguientes:

1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.

Se realizaron un total de 5 talleres (uno en cada una de las localidades de cabecera), aunque se realizó difusión en todas las localidades de cada cupo médico.

2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona

Han participado un total de 77 pacientes (de un total de 1672), de ellos, 6 han sido menores de 18 años. Ello supone un 4.6% del total de pacientes.

Del total de participantes, 56 han sido mujeres y 21 hombres.

La edad media de los participantes ha sido:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

- 53,5% para los varones (en un rango de edad que va desde los 22 a los 60 años)
- 59,4% para las mujeres (en un rango de edad que va desde los 18 a los 80 años)

La participación según cupos médicos fue la siguiente:

- En el cupo de Alfambra participaron 16 personas de un total de 480
- En el cupo de Argente participaron 19 personas de 382
- En el cupo de Escorihuela participaron 28 personas (9 de ellos fueron solo observadores por edad avanzada y no participaron en la parte práctica ni en la realización del cuestionario) de 216
- En el cupo de Pancrudo participaron 7 personas de 119
- En el cupo de Perales participaron 7 personas de 384

#### 3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados

Se realizaron 56 test, de los cuales 42 estaban aprobados, lo que supone un 75% de aprobados.

#### 4.- Encuesta de satisfacción de docentes

De los 77 participantes se realizaron 65 encuestas.

Prácticamente todos los participantes mostraron una satisfacción alta-muy alta en cuanto a la realización del taller, lo consideraron muy útil y valoraron muy satisfactoriamente a los docentes así como al material, contenido y exposición.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En lo que se refiere al tema y al contenido del proyecto, nos hemos dado cuenta del desconocimiento existente por parte de la población, tanto en la forma de reconocimiento de la PCR como de las maniobras de reanimación, así como en el modo de activación de los sistemas de emergencias. Por un lado, a pesar de la mejora en la cobertura móvil de la zona, muchas personas todavía siguen llamando en primer lugar al 112 ante una emergencia médica, lo que puede suponer en algunos casos, un retraso hasta de 15 minutos mientras se activa el 061 y éste, a su vez, activa al equipo de guardia del Centro de Salud. Además, a pesar de que conocen perfectamente la existencia y el teléfono de urgencias del Centro de Salud, en estos casos no suelen llamar a éste en primer lugar. Todo ello puede suponer una demora importante en la asistencia a este tipo de patología que fue ser fatal en cuanto al pronóstico del paciente. Es por ello que hemos insistido especialmente en esta cuestión de la activación del sistema de emergencias.

En cuanto a la ejecución del proyecto, hemos podido disponer de medios humanos y materiales adecuados y ha habido un alto interés de participación por parte de los usuarios, aunque el hecho de realizar los talleres en horario de mañana ha limitado la asistencia de los usuarios de edad media y los más jóvenes, que precisamente son los más receptivos. A ello se une el hecho de que en diciembre de 2018 la Comarca de Teruel impartió un curso dirigido a población general sobre RCP y uso de desfibrilador con el objetivo de formar a la población en este tema dado la próxima provisión de desfibriladores en varias localidades de dicha comarca. Varios pacientes hicieron ya este curso entonces, por lo que, tras consultar con el personal sanitario docente, decidieron no participar ya que los contenidos eran muy semejantes. Ello ha repercutido especialmente en los usuarios de algunas localidades especialmente participativas en otras ocasiones, como Perales del Alfambra, en la que llama la atención la baja participación.

Los resultados de las pruebas de evaluación (un 75% de aprobados), dada la media de edad (59,4% años mujeres y 53,5% años varones), muestran que los pacientes han mostrado interés y que han sido receptivos.

En cuanto a la edad de los participantes, va en un rango de los 22 a los 60 años en varones y de los 18 a los 80 en mujeres, sin embargo, cabe destacar la participación de 6 menores de 18 años (entre 10 y 15 años), todos ellos en la localidad de Camañas. No podemos explicar el porqué de este interés, no obstante se trata de una localidad con un elevado número de escolares respecto al resto de las poblaciones de nuestra zona de salud.

Las encuestas de satisfacción demuestran que los usuarios están muy motivados por la realización de este tipo de actividades, que reconocen como muy necesarias en una zona donde la dispersión geográfica es importante y los recursos sanitarios tienen un tiempo de demora en acudir. Además este tipo de actividades promueven la participación comunitaria y el autocuidado, así como la relación entre sanitarios y pacientes.

Como punto débil, ha quedado pendiente la elaboración de carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en lugares accesibles, motivado fundamentalmente por el traslado de puesto de trabajo de varios de los participantes en el proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/381 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0381

Título  
CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Autores:  
MARCO CATALAN MARIA PILAR, ABADIA BERNUES CARMELO, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL, DIAZ BRULL FRANCISCO, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, ESTEBAN PEREZ NURIA, VICENTE PEREZ MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Cada año en España se producen más de 25.000 paradas cardiorespiratorias. El funcionamiento de la "cadena de supervivencia" es fundamental para lograr mejorar las tasas de supervivencia tras un evento dramático como es la parada cardiorespiratoria (PCR).

Ante una situación de PCR, la realización precoz de reanimación cardiopulmonar (RCP) /desfibrilación (cuando esté indicada) constituye el principal factor que determinará la supervivencia.  
En una parada cardíaca presenciada, los equipos de emergencias sanitarias suelen acudir en una media de 8 minutos, según la comunidad autónoma estudiada. La aplicación de RCP /desfibrilación en los primeros 3-5 minutos tras la parada puede llegar a producir tasas de supervivencia muy altas (49-75%). Según distintos estudios, por cada minuto que pasa sin tratamiento específico (RCP básica/desfibrilación), disminuye la posibilidad de sobrevivir entre un 7 y un 10%.

La cadena se activa cuando alguien reconoce la situación de PCR. Para ello es esencial la educación del ciudadano para que pueda ser el primer eslabón de la "cadena de supervivencia", conociendo tanto los síntomas y signos de la PCR, como la mecánica para activar inmediatamente al SIE (Sistema Integral de Emergencias). La RCP básica precoz debe comenzarse lo antes posible tras la parada cardíaca, mientras se consigue acceder a la desfibrilación y al soporte vital avanzado. Todos estos elementos hacen que en un medio donde hay dispersión geográfica, como es el ámbito rural donde trabajamos, sea especialmente interesante contar con "colaboradores" que actúen en un primer momento, cuando el factor tiempo es fundamental. En nuestro medio no existe un conocimiento amplio de estas maniobras por parte de la población. Ello, junto al hecho de que en la actualidad se va a proveer de DESA en diferentes municipios de nuestra Zona Básica de Salud, plantea la necesidad de realizar una formación en RCP básica y en uso de DESA en la población general.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Iniciar un proceso de concienciación, formación y participación de la población general sobre la importancia de la correcta detección de la PCR y realización de la RCP Y DESFIBRILACION precoz.

-Disminuir el tiempo de actuación de los servicios de urgencias del EAP de Alfambra y de emergencias y mejorar el resultado en la atención a la PCR.

-Motivación de los profesionales participantes en la tarea de formar y formarse en esta materia.

**MÉTODO**  
Como primera actividad se realizará una sesión clínica teórica y otra práctica sobre RCP básica y avanzada, así como uso de DESA dirigida a los miembros del EAP de Alfambra.

Posteriormente se impartirán varios talleres dirigidos a grupos de entre 8-10 participantes distribuidos por municipios e impartidos cada uno de ellos por 2 miembros del equipo de mejora. Los grupos estarán preferiblemente formados por participantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

Se llevará a cabo la difusión de los talleres en cada uno de los municipios de forma verbal y mediante cartelería.

En los talleres se utilizarán medios audiovisuales y posteriormente práctica con torsos de reanimación de adultos y niños. Así mismo se dispondrá de un DESA.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0381

### 1. TÍTULO

#### CAPACITACION EN RCP BASICA Y USO DE DSA EN LA POBLACION GENERAL EN EL AMBITO RURAL

Se elaborarán carteles informativos con la cadena de supervivencia para colocar en sitios sensibles: ayuntamiento, piscinas, centros deportivos, escuela, y a los participantes se les entregará tríptico con la información.

Finalmente, se realizará un test de evaluación de conocimientos, así como encuesta de satisfacción a los docentes.

#### INDICADORES

- 1.- nº de talleres realizados por consultorio de cabecera.
- 2.- nº de participantes en el taller /población atendida en la Zona.
- 3.- Nº de aprobados en el test/nº test realizados.
- 4.- Encuesta de satisfacción de docentes

#### DURACIÓN

Durante el mes de abril de 2018 se han planificado las dos sesiones dirigidas a los profesionales del EAP de Alfambra. Al mismo tiempo se iniciará la difusión de la actividad y la organización de los talleres, que se planificarán para los meses de mayo y junio de 2018. Según el interés suscitado se podrían prolongar para septiembre y octubre de 2018.

En noviembre se realizaría la evaluación del proyecto.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA ESTEBAN PEREZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALFAMBRA  
· Localidad ..... ALFAMBRA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ARMENGOD VALERO MARIA JESUS  
VICENTE PEREZ MANUEL  
MARTIN MUÑOZ GLORIA  
PEREZ VILLARROYA FRANCISCA  
REMIREZ MOLINA ANA MARIA  
GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
El día 20 de Julio se realizó la sesión clínica formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales mediante una presentación a través de diapositivas; así como un algoritmo que sirve de guía rápida para el registro del INR en OMI-AP. Posteriormente toda esta información se reenvió por correo electrónico a todos los profesionales del centro.  
Se presenta el díptico para la realización de la educación sanitaria individual a los pacientes, y el cuestionario de evaluación que se pasará tras la educación sanitaria.  
Ya que los meses de Julio y Agosto, son más complicados para sacar tiempo, se decide posponer la educación sanitaria individual y el test de evaluación. Finalmente, estos se realizaron durante los meses de Septiembre y Octubre.  
El análisis de los datos se ha realizado durante la primera quincena de Noviembre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Para el análisis de los indicadores, se tuvo en cuenta, cada uno de los cupos de enfermería, sacando los listados en OMI de los pacientes medidos en el programa de Atención al paciente con anticoagulación oral, y revisando las historias clínicas.  
-Registro de las sesiones realizadas y asistentes:  
Finalmente, por cuestiones organizativas, dada la dispersión de los pacientes del Centro de Salud de Alfambra, se decidió hacer la educación sanitaria individual, en vez de grupal.  
De modo que para el control del número de pacientes que recibieron la educación individual, se revisó en las historias clínicas, que existiese por parte de cada profesional, el registro de la actividad "EPS individual" paciente con ACO y que coincidiese con la fecha registrada en la hoja del test de evaluación  
-Indicador del buen control de INR: pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria  
Solo el 27% de los pacientes tiene un buen control según el indicador (solo aquellos pacientes con 3 controles consecutivos en rango se considerarán bien controlados).  
-Indicador del buen seguimiento de enfermería: pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería "riesgo de sangrado" correctamente realizado / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria  
El 80% de los pacientes tienen un buen seguimiento de enfermería calculado por la correcta cumplimentación en el plan de cuidados de "Riesgo de sangrado".  
-Indicador de captación: pacientes anticoagulados que asisten a la sesión individual o reciben folleto / nº de pacientes anticoagulados en control por primaria  
El 100 % de los pacientes en seguimiento por primaria, ha recibido el díptico y la educación sanitaria individual, y tiene registrado en OMI la actividad EPS individual  
-Indicador de educación individual: número de preguntas acertadas test /número de preguntas del test  
Finalmente, solo se realizó un test final, que se repasó tras la entrega, para reforzar los aciertos, y aclarar los fallos cometidos, dando un feedback para completar el proceso de educación sanitaria. Los pacientes muestran un 93% de acierto en el test pasado tras la formación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Con respecto a la captación de pacientes para la realización de la educación sanitaria y el pase del test, los resultados son excelentes, con una captación del 100%, y una tasa de acierto en el test del 93%.  
Los resultados del seguimiento del plan de cuidados de cuidados "Riesgo de sangrado", rondan el 80 % del cumplimiento. Como medida para implementar este indicador, se comenta con el profesional que tiene los datos más bajos, para ver dónde está el problema, y se llega a la conclusión, que es una falta en el registro, ya que la mayoría de pacientes que les falta, son los residentes de una institución de la tercera edad.  
Es muy llamativo, el resultado del indicador del control de cifras de INR, sólo un 27% de los pacientes, cumplen con las tres últimas cifras de INR dentro de rango. Dado los resultados del test de evaluación, a pesar de que los pacientes muestran tener suficientes conocimientos sobre qué es el sintrom y los factores que influyen en él, el control de las cifras de INR es mejorable. Para implementar este indicador, se propondrá una reunión con los profesionales de enfermería, para valorar todas las posibles causas y proponer medidas de acción.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

##### 7. OBSERVACIONES.

Con respecto a los listados que aparecen en OMI, hay una ligera discrepancia con el número de pacientes incluidos, y los pacientes reales que están en programa. Como solución, se habló con CAU (servicios informáticos) para solucionar esta discrepancia.

Con respecto al tipo de educación sanitaria, aunque inicialmente se planteó grupal, por cuestiones organizativas, se pensó que dada la dispersión entre los diferentes consultorios y la elevada edad de nuestros pacientes, resultaría complicado unir a todos los pacientes en el consultorio de cabecera.

Para la realización del test de evaluación, también se pensó que hacer solo uno tras la explicación, podría servir para utilizar el tiempo que se utilizaría en el test previo, en hacer un feedback con el paciente sobre las dudas que le hubiesen podido surgir con la realización del mismo.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/389 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0389

Título  
OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

Autores:  
ESTEBAN PEREZ NURIA, ARMENGOD VALERO MARIA JESUS, VICENTE PEREZ MANUEL, MARTIN MUÑOZ GLORIA, PEREZ VILLARROYA FRANCISCA, REMIREZ MOLINA ANA MARIA, GIMENO GIMENO MIGUEL ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALFAMBRA

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Clásicamente el control del tratamiento anticoagulante oral (TAO) ha sido una tarea del médico especialista en Hematología y Hemoterapia. En los últimos años y debido al incremento experimentado en el número de pacientes, se han buscado alternativas que permitan el control del TAO sin perder calidad clínica ni analítica. La experiencia en el trato con el paciente y el conocimiento del resto de sus patologías y medicación concomitante, hace que la colaboración con Atención Primaria en este tipo de asistencia sea oportuna y conveniente.

La formación de los profesionales de primaria en todos los aspectos relacionados con el TAO es importante para garantizar la correcta atención al paciente y la eficacia del tratamiento. Partiendo de una buena formación y con la progresiva experiencia se obtienen los mejores resultados de calidad clínica.

La calidad clínica en el control del TAO depende del porcentaje de INR y número de pacientes que se hallan en rango pero también y sobre todo del número de complicaciones asociadas al TAO, tanto tromboembólicas como hemorrágicas. Para conseguir una reducción de complicaciones y la permanencia del paciente en rango, también es crucial una adecuada educación del paciente.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es optimizar el control, la dosificación y el registro del INR en OMI-AP, así como la información que los pacientes tienen sobre su tratamiento.

Como objetivos específicos pretendemos:

- Mejorar el control INR de nuestros pacientes
- Mejorar la correcta adherencia de estos pacientes al tratamiento
- Mejorar la coordinación médico-enfermera
- Mejorar los conocimientos de la población sobre su tratamiento
- Disminuir el número de complicaciones relacionadas con el tratamiento
- Aumentar la seguridad del paciente
- Mejora en el registro de datos en OMI-AP

##### MÉTODO

- Sesión formativa para la actualización de conocimientos para los profesionales
- Elaborar un algoritmo para el registro de INR en OMI-AP
- Sesiones de educación a nuestros pacientes, bien grupales o de forma individual, elaborando un folleto con las dudas más frecuentes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0389

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DEL CONTROL Y REGISTRO DEL INR DEL PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL EN OMI-AP

##### INDICADORES

-Registro de las sesiones realizadas y asistentes

-Indicador del buen control de INR:  
pacientes anticoagulados en rango los últimos tres controles / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador del buen seguimiento de enfermería:  
pacientes anticoagulados con plan de cuidados de enfermería "riesgo de sangrado" correctamente realizado / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de captación:  
pacientes anticoagulados que asisten a la sesión grupal o reciben folleto / n° de pacientes anticoagulados en control por primaria

-Indicador de educación grupal/individual (test de conocimientos previos y test al final de la formación):  
número de preguntas acertadas pre-test / número de preguntas del test  
número de preguntas acertadas pos-test / número de preguntas del test

##### DURACIÓN

-Se iniciará con las sesiones clínicas para la formación de los profesionales, que deberán estar realizadas antes de Junio de 2018.

-Se elaborará el contenido del logaritmo de registro antes de Junio de 2018

-Se elaborará el contenido para las sesiones grupales o folletos para los pacientes, antes de Junio de 2018, y el los test de evaluación, que se impartirán hasta Octubre de 2018.

-Desde Octubre, se realizarán los cálculos de los indicadores, para tener finalizado el proyecto a finales del año 2018.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA MARIA SANCHEZ MOLINA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALIAGA  
· Localidad ..... ALIAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ LAHUERTA RAMON  
ORTE GUERRERO JAVIER  
CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA  
ROMERO SANTAMARIA ALBERTO  
PEREZ LAZARO CAROLINA  
GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El equipo de personas implicadas en el proyecto, ha recogido datos durante los meses de mayo, junio, julio, agosto y septiembre de las consultas de Albarracín, Villar del Cobo y Orihuela. También del mes de mayo de Bronchales y Monterde.

Se ha realizado una tabla donde se han recogido los siguientes datos: N. de historia clínica, fecha de la consulta, edad, sexo, infección que presentan, si se han realizado pruebas diagnósticas para confirmar sospecha diagnóstica, si se ha recibido o no AB y en caso afirmativo cuál. Se dejó un recuadro para observaciones, si recaída, si hospitalización etc.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizado el análisis de las tablas de datos, exponemos a continuación, los datos que nos parecen de mayor interés:

-De un total de 608 pacientes que han acudido con cuadros compatibles con infecciones, 363 eran mujeres y 245 hombres.

Por franjas de edad han sido más frecuentes las infecciones en los mayores de 65, seguidos de los pacientes entre 41-65 y en tercer lugar, los comprendidos entre 26 y 40 años. Por sexo en todas las edades predominan las consultas femeninas, aunque en la franja de 15 a 25 años la diferencia es mucho menor.

De los 608 casos, se han prescrito antibióticos a 340 pacientes.

En cuanto a las infecciones, por orden de frecuencia visitadas, tenemos las siguientes:

1-Catarro Vías Altas, con 103 casos.

2-Cistitis, con 164 casos

3-Amigdalitis con 62 casos

4- Conjuntivitis agudas infecciosas: 50casos

5- Faringitis aguda: 42 casos

6-Bronquitis aguda: 37casos

7- GEA: 33 casos

8- Heridas infectadas: 14 casos

9- Infecciones bucales, flemón, gingivitis... 12 casos

10- Otros: OMA, Otitis Externa, Laringitis, fiebre, celulitis cutánea, celulitis orbitaria, tos, mordeduras, absceso cutáneo, herpes zoster, picadura, gripe... Restantes

En cuanto a tratamiento AB, destacar que todas las cistitis recibieron AB, el más pautado fue la fosfomicina con un total de 44 casos. 45 conjuntivitis, recibieron AB, 31 de ellas con tobrex 12 gentadexa y 1 caso con moxifloxacino oftálmico, 1 oftalmowell

De los 103 catarros vistos, recibieron AB 10, 7 Azitromicinas, 2 amoxicilina clavulánico y 1 levofloxacino

De las 62 amigdalitis recibieron Ab 45. Se pautaron amoxicilina en 18 casos, 7 penicilina 15 amoxicilina clavulánico y 2 cefuroxima, 3 azitromicina

14 Bronquitis agudas fueron tratadas con AB, siendo el augmentine el más usado en 8 de los casos.

Las heridas infectadas fueron tratadas con amoxicilina clavulánico en la mayoría de los casos 12 y 3 casos con amoxicilina.

10 de las 18 OMA se han tratado con AB, augmentine 3, y 3 amoxicilina, 2 azitromicinas y 2 cefuroxima.

Contabilizamos 31 caso de fiebre, sin foco conocido, de los cuales 8 se tratan con Ab, 6 con amoxicilina clavulánico, 1 amoxicilina y 1 azitromicina.

De las faringitis destacar que tres se trataron con AB, Azitromicina, amoxicilina y amoxicilina clavulánico, el resto no recibió AB.

No recibieron ningún AB los cuadros de GEA, Gripe, Laringitis agudas y tos vistas en este tiempo. Tenemos dos cuadros de Giardia-Lamblias en niños, que si recibieron tto con metronidazol, estas fueron confirmadas con su correspondiente análisis de parásitos en heces.

En cuanto al uso de Ab, el más prescrito ha sido la amoxicilina clavulánico con un total de 68 prescripciones, seguidos por fosfomicina con 44, amoxicilina con 40, azitromicina con 25 y ciprofloxacino con 18.

Se han podido realizar pruebas diagnósticas en el caso de cistitis, donde se han realizado 48 tiras de orina y 12 cultivos, que han ayudado en la toma de decisión para pautar el tto AB. También se han realizado 10 strep test para el diagnóstico de amigdalitis estreptocócicas siendo en 6 casos positivo a los cuales se les trato con AB.

- Indicadores y Evaluación:

1- Porcentaje de pacientes que ha recibido Ab: 55 % de los cuales:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

- a- Pacientes que reciben AB por patología urinaria: 48.%
- b- Pacientes que reciben AB por patología respiratoria general 4%
- c- Pacientes que reciben Ab por patología faringoamigdalal: 13%
- d- 35 % restante los recibe por otros procesos, como heridas, procesos dentales, celulitis, otitis...
- 2- Porcentaje de uso de amoxicilina-clavulánico: 20%
- 3- Porcentaje de uso de fosfomicina: 12%
- 4- Porcentaje de uso de amoxicilina: 11%
- 5- Porcentaje de uso de azitromicina 7 % y ciprofloxacino: 5%
- 6- El 45 % restante lo componen Ab como gentadexa, tobramizina, cefalosporina, levofloxacino etc.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como podemos observar, en líneas generales, el uso de AB en nuestra ZBS para patologías infecciosas es superior al 50 % de los casos, siendo las ITU las que se llevan la mayoría de los tratamientos, ya que, en todos los casos de infecciones de orina, se han puesto antibióticos. También es importante destacar que el uso de tiras y cultivos ha ayudado en la mayoría de los casos a la toma de decisiones. Nos ha faltado valorar en este caso, cuantas infecciones de orina eran sintomáticas, y ver si hemos tratado alguna de ellas que no lo fuera, en cuyo caso podríamos haber prescindido del AB, ya que este no sería necesario.

En el tto de las amigdalitis, se ha usado AB en todos los casos con test positivo al estreptococo A. En cuanto al antibiótico más adecuado para estos casos, no existe un claro consenso, algunas de las recomendaciones avalan el uso de la penicilina, como primera opción en amigdalitis estreptocócicas, pudiéndose utilizar también la amoxicilina y dejando la amoxicilina clavulánico para aquellos casos resistentes. En nuestro medio, estamos usando la penicilina en un 15 % de los casos, la amoxicilina en un 40%, en un 33% amoxicilina clavulánico, 6% azitromicina y el resto cefalosporinas de 2 generación. Salvo por estas últimas, que no son ni de primera ni de segunda elección, en general podríamos decir que hemos realizado una prescripción adecuada en el tratamiento de las faringoamigdalitis.

En cuanto a las bronquitis, aún seguimos tratando en exceso con AB estos cuadros, teniendo en cuenta que el 95% de son secundarias a cuadros víricos y no está indicado el uso de AB. En caso de necesidad por sospecha de Bordetella Pertusis, estarían indicados los macrólidos, tipo claritromicina o azitromicina. Si hubiera riesgo de neumonía podríamos dar amoxicilina oral, no hay evidencias de que sea peor que la Azitromicina o la amoxicilina clavulánico. En nuestro caso, hemos tratado aproximadamente al 38% de las bronquitis, y se han usado amoxicilina clavulánico en el 57% de los tratados, seguidos de levofloxacino, cefixima 400 y moxifloxacino, la amoxicilina se ha usado tan sólo en un 14% de los casos.

En general no hay un abuso en el uso de AB en los catarros de vías altas, siendo muy baja su utilización, y en los casos puestos se sigue usando la azitromicina, como antibiótico comodín. Habría que pensar sobre el uso inadecuado y excesivo de este medicamento, que por su comodidad en la posología, hace que lo usemos en muchas ocasiones en cuadros catarrales o faríngeos, que se resolverían igualmente con tratamiento sintomático.

En general hacemos buen uso de los antibióticos en heridas infectadas, celulitis, otitis media aguda, otitis externa, mordeduras, candidiasis oral.

El análisis de los datos se ha realizado en los meses de primavera- verano, con lo que el número de infecciones, sobre todo respiratorias, debe estar subestimado, ya que en esta época del año, por lo general, se atienden menos casos.

Por otro lado hemos perdido muchos datos, en época de vacaciones, de cambios de contrato, de estudios... pero creo que con lo que tenemos ya nos podemos hacer una idea de cómo se actúa en líneas generales en la sierra, aunque es verdad que no podemos generalizar los datos, ya que salvo en atención continuada, donde pasamos todos los profesionales, el resto son consultas asignadas a un profesional concreto, con lo que la actuación está supeditada, a los conocimientos y aptitudes propias de cada uno.

En general, aun hacemos un uso excesivo de los AB, muchas veces por desconocimiento, otras por contentar a los pacientes, a veces por cubrirnos ante el posible empeoramiento de un cuadro. La realización de cursos, protocolos o guías, podría ayudar a poner freno a la situación actual.

Creo que este proyecto nos ha ayudado a valorar nuestras actuaciones diarias en cuanto a la prescripción de antibióticos; a realizar una autocrítica que nos permite mejorar nuestros conocimientos en este área; pero sobre todo, a tomar conciencia de la necesidad de realizar un uso apropiado de los medicamentos en general y los antibióticos en particular.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/296 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0296

Título  
ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACÍN

**Autores:**  
SANCHEZ MOLINA EVA MARIA, PEREZ LAZARO CAROLINA, CASTAÑO VICENTE-GELLA CAROLINA, ORTE GUERRERO JAVIER, TAMAMES CERDA ANA, HERNANDEZ LAHUERTA RAMON, GONZALEZ HERNANDEZ PEDRO, ROMERO SANTAMARIA ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBARRACÍN

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: enfermedades infecciosas  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Las enfermedades infecciosas son la patología aguda más frecuente en atención primaria, tanto en adultos como en pacientes pediátricos. El paciente que padece un cuadro infeccioso agudo, no necesariamente, debe recibir tratamiento farmacológico, y menos aún tratamiento con antibióticos, debido que muchos de ellos, son de origen viral o bien responden a otras causas no bacterianas.

El abuso de antibióticos está generando un grave problema en la actualidad, en gran parte a las altas resistencias, que los hacen cada vez menos efectivos, y a la falta de síntesis de nuevas moléculas, muchas de ellas de uso exclusivo hospitalario.

En Aragón, desde enero-septiembre de 2017, el consumo de antibióticos en DDD en prescripción por receta se distribuye de la siguiente manera:

En AP en un 83.4%, siendo en pediatría del 9.2%.

En atención especializada es del 14.1%.

Se ha producido un incremento del consumo durante este periodo, comparado con el mismo periodo en el año 2015.

Este incremento, no solo supone un importante gasto sanitario, si no como hemos dicho anteriormente puede ser un problema para tratamientos futuros, debido a las resistencias cada vez más frecuentes.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto, pretendemos analizar la prescripción de antibióticos en nuestra zona, clasificar por edad y patologías los más usados y valorar si son adecuadas estas prescripciones o por el contrario nos excedemos en su uso.

De esta forma podremos realizar una autocrítica, con la que aprender y valorar como mejorar nuestra práctica diaria.

#### MÉTODO

Se realizará una tabla donde se recogerán los datos de todos los pacientes que acudan a consulta de AP de los centros de salud de Albarracín, Bronchales y El Villar del Cobo, así como en la consulta de pediatría del C.S de Albarracín, y aquellos que acudan a AC, que presenten un proceso infeccioso, subsidiario o no a tratamiento AB. En la tabla se recogerá el N. historia, edad, sexo, proceso infeccioso, si recibe o no ab,ab prescrito en caso de que lo reciba, si se realiza alguna p. complementaria (tipo cultivo...) y si hay recaída o consulta por el mismo proceso en los días siguientes.

#### INDICADORES

Porcentaje de pacientes que reciben AB: N de pacientes que reciben AB/ n. de pacientes que acuden por patologías infecciosas.

Porcentaje por pacientes que reciben AB en pediatría: N. pacientes entre 0 y 14 años que reciben AB/ n. pacientes total de 0 a 14 que han acudido al c.s con patología infecciosa.

Porcentaje de pacientes que reciben AB adolescentes y adultos jóvenes: N. pacientes entre 15 y 30 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido de esa edad.

Porcentaje de pacientes que reciben AB en edades medias: N. pacientes entre 31 y 60 años que reciben AB/ n. pacientes han acudido de esa edad con patología infecciosa

Porcentaje de pacientes que reciben AB mayores de 60 años: N. pacientes mayores de 60 años que reciben AB/ n. pacientes que han acudido al c.s mayores de 60 años con patología infecciosa.

Por patologías.

Porcentaje de pacientes que reciben AB con patología respiratoria: n. pacientes que reciben AB que presenta una patología infecciosa/ n. pacientes totales con patología infecciosa.

Porcentaje de pacientes con patología urinaria que reciben AB: n. pacientes que reciben AB al acudir con patología urinaria/ n. pacientes totales con patología urinaria.

Porcentaje de pacientes con patología digestiva que reciben AB: n. pacientes que reciben AB con patología digestiva/ n. total de pacientes con patología digestiva.

#### DURACIÓN

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0296

### 1. TÍTULO

#### ANALISIS DE LA PRESCRIPCION DE ANTIBIOTICOS EN LA SIERRA DE ALBARRACIN

Recogida de datos desde mayo de 2018 a diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

### 1. TÍTULO

#### CRECER CON SEGURIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GUILLERMINA LLERA BUESO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS ALIAGA  
· Localidad ..... ALIAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER  
MARTINEZ LOZANO AGUSTIN  
GUILLEN GASCON SONIA  
CHACON FORNES FELISA  
VALENZUELA FOVED AMPARO  
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades llevadas a cabo se distribuyen temporalmente en 3 trimestres, desde el 7 de Enero hasta el 20 de Diciembre de 2018. Se realizan reuniones con el AMPA y asociaciones culturales una vez al trimestre, con el profesorado del centro con periodicidad mensual y en el C.S. una vez cada 15 días con los miembros del proyecto, para la organización de las actividades.

Quedan distribuidas de la siguiente forma:

Primer trimestre: Encuentro con maestros y alumnos de 3 a 16 años en el que valoramos el nivel de conocimiento inicial en Prevención de accidentes domésticos y el interés que despierta el tema en los alumnos, utilizando imágenes de diferentes señales de peligro y situaciones de riesgo.

Segundo trimestre: El profesorado trabaja el tema a lo largo del curso escolar con apoyo de fichas, audiovisuales, trípticos, materiales tecnológicos (pizarras digitales, ordenadores...) y el equipo sanitario en el mes de Mayo realiza un taller de prevención de accidentes según el entorno (hogar, automóvil, escuela, calle...) y consejos sobre forma de actuar en caso de accidente.

Tercer trimestre: En Noviembre, los agentes de Seguridad vial, tráfico y SEPRONA realizaron una exhibición de sus vehículos donde los niños pudieron conocerlos en profundidad y posteriormente hubo un debate-coloquio donde resolvieron sus dudas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores utilizados en la evaluación del proyecto:

1. Conocer y respetar las señales de tráfico para peatones
2. Conocer qué productos tóxicos son perjudiciales y su peligrosidad.
3. Buenos hábitos posturales para la prevención de accidentes.
4. Conocimiento del riesgo del uso de electrodomésticos y herramientas no aptas para niños
5. Respetar las reglas y normas básicas de seguridad
6. Manifiestar respeto y buen comportamiento al utilizar transportes públicos.

Método de evaluación:

1. Observación directa de los alumnos para conocer su actitud frente a las actividades propuestas
2. Observación directa respecto a habilidades y destrezas en las tareas de tipo experimental y sus avances demostrados a través de preguntas y comentarios
3. Supervisión de los trabajos realizados
4. Realización de comprobaciones para valorar el grado de adquisición de conocimientos adquiridos así como detectar errores.

Resultados alcanzados:

El grado de implicación de las familias es muy aceptable, colaboran siempre que son requeridos. Muy buena colaboración de alumnos, padres, profesores y en la evaluación continua con toda la población. Nos reunimos con el profesorado del centro y los miembros del AMPA, para evaluar el resultado alcanzado ya que son los que pueden analizar los cambios de comportamiento en los niños de forma más detallada al permanecer en contacto con ellos durante un tiempo más prolongado. Han observado sensibilización y habilidades adquiridas para la prevención de accidentes: cruzan la calle por el paso de cebra, llevan el casco al ir en bicicleta, recomiendan a sus familias guardar en sitios seguros los productos tóxicos y fármacos...

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Empezar con un buen análisis inicial de la situación y valoración de conocimientos previos.

Evaluación continua del rumbo del proyecto.

Plantear objetivos factibles, sencillos y específicos.

Aumento de la participación de la población, instituciones políticas y sociales.

Empoderamiento de la población para proponer iniciativas, utilizando las reuniones del Consejo de Salud y las asociaciones culturales como vía de transmisión.

Dificultades de aplicación: variabilidad de edades en los escolares y dispersión de las aulas, ya que no se puede trabajar de forma conjunta con todos ellos.

Consideramos que el proyecto es sostenible y fácilmente replicable porque hay implicación de profesionales

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

### 1. TÍTULO

#### CRECER CON SEGURIDAD

sanitarios, profesorado y población en general. Lleva varios años de evolución y cuenta con recursos bibliográficos y audiovisuales proporcionados por el Departamento de Salud. Además los componentes del Proyecto y el profesorado del centro asisten con regularidad a jornadas y seminarios tanto de la RAPPs como de Escuelas Promotoras de Salud y posteriormente se transmite al resto de participantes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/379 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0379

Título  
CRECER CON SEGURIDAD

Autores:  
LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ LOZANO AGUSTIN, GUILLEN GASCON SONIA, CHACON FORNER FELISA, VALENZUELA FOVED AMPARO, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Prevención de accidentes domésticos en niños y adolescentes de la zona de salud.  
Promover la prevención y estimular las habilidades relacionadas con la identificación, evaluación y control del riesgo

Dada la resistencia de los adultos a adoptar cambios en hábitos preventivos se hace necesario buscar a los receptores idóneos como son niños, adolescentes, padres, profesores y sanitarios. Intentar que las condiciones de seguridad y preventivas se incorporen en el día a día.

RESULTADOS ESPERADOS  
Concienciar a niños y adolescentes sobre accidentes y riesgos de su entorno.  
Enseñanza eficaz en materia de seguridad y comportamientos saludables aportando herramientas funcionales  
Conocimiento de productos químicos peligrosos  
Utilización adecuada de diferentes aparatos y materiales habituales en su entorno cotidiano.  
Postura correcta  
Orden y tranquilidad en caso de emergencias en locales públicos  
Señales y símbolos de seguridad con información y significado.  
Protección individual y correcta utilización.

MÉTODO  
Dirigidas a toda comunidad escolar  
Dirigidas a niños y adolescentes de 3 a 16 años  
Profesorado  
Madres y padres a través de reuniones y asociaciones juveniles, AMPA etc  
Actividades prácticas, participativas

INDICADORES  
Evaluación inicial con exposición para evaluar nivel y existencia de problemas y falsas creencias.  
Evaluación formativa con fichas, juegos, etc y evaluar adaptación de cada niño.  
Herramientas para evaluar: trabajar contenidos de carácter conceptual y procedimientos  
Observación de actividades y comportamientos y anotar  
Evaluación de experiencias, observación directa, etc

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0379

### 1. TÍTULO

#### CRECER CON SEGURIDAD

##### DURACIÓN

Duración y calendarios:

En colegio desde 7-Enero-18 hasta 20-Dic-18.

Reuniones con profesores 1vez/mes

Reuniones con AMPA y asociaciones culturales 1/

trimestre

Exposición de temas en cada aula del CRA

En C. Salud 1 vez/ 15 días con miembros del proyecto

##### OBSERVACIONES

Se contara con la colaboración de AMPA, profesores, personal sanitario, guardia civil, bomberos,etc

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

### 1. TÍTULO

#### VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS CASTRO LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS ALIAGA  
· Localidad ..... ALIAGA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ORTIZ DOMINGUEZ LAURA  
YUSTE PLUMED MARIA PILAR  
LLERA BUESO GUILLERMINA  
SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER  
GUILLEN GASCON SONIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio transversal sobre la población anciana >= 75 años de la zona de salud de Aliaga (146 pacientes a 31/12/2017), realizando:

1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 146 pacientes mayores de 75 años de la zona de salud, se ha realizado el MNA a 121 pacientes, lo que supone un 82,87%.

Según el resultado del Test MNA, la prevalencia de MN es de 1,65% (2 pacientes de los 146) siendo el 100% de ellos de sexo femenino.

La prevalencia de RMN tras aplicar el test MNA es de 5,78% (7 pacientes de 146) siendo 71,4% de ellos de sexo femenino y un 28,6% de sexo masculino.

La prevalencia de estado nutricional satisfactorio según puntuación obtenida en MNA es de un 92,5% (112 pacientes de 146).

Los datos anteriores se obtienen tras aplicar el indicador descrito en la memoria inicial del proyecto:

Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva.

Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) (>= 24 puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) (< 17 puntos).

Otro de los indicadores que decidimos analizar era el número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición, resultando 2 lo que supone un 100% de los diagnósticos según test de MNA y aplicación de analíticas y exploraciones necesarias para su confirmación.

Por otro lado hemos determinado el porcentaje de pacientes sin intervención, que supone un 92,5%. El porcentaje de pacientes en los que sólo hemos llevado a cabo una intervención dietética, que ha sido un 6,61% y aquellos en los que hemos realizado intervención dietética más prescripción de suplementos que ha resultado ser un 0,82% (únicamente 1 paciente del total de 121).

La intervención dietética que se ha llevado a cabo ha sido entregar al paciente hoja de recomendación sobre pirámide alimentaria para adultos mayores de 70 años y la importancia del consumo de líquidos en una dieta adecuada. Además se entrega otra hoja que recoge 15 recomendaciones dietético-nutricionales como priorizar alimentos de origen vegetal, repartir los alimentos en 3-5 comidas/día, moderar el consumo de sal y alimentos azucarados, hacer más de una comida caliente al día, reducir el consumo de alcohol y comer con moderación, entre otras.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos llegado a la conclusión de que en general los pacientes de nuestra zona de salud tienen un estado nutricional satisfactorio. De hecho, nos ha llamado la atención que al contrario de sufrir malnutrición, nuestros pacientes presentan IMC más compatible con sobrepeso u obesidad, por lo que nos hemos palteado analizar en profundidad estos datos para futuras actuaciones.

Se calcula el porcentaje de pacientes con un IMC de 25-30 siendo el resultado de un 50,5% de los cuales un 55,3% son mujeres y un 44,7% varones. El porcentaje de pacientes con IMC>30 es de un 36,5% siendo un 55,8% mujeres y un 44,2% varones. Por lo que llegamos a la conclusión de que los problemas de sobrepeso y obesidad son más prevalentes en mujeres y que debemos actuar sobre este problema modificando hábitos de vida, aumentando el ejercicio físico y adecuando la ingesta de calorías a la actividad física que realiza cada paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/380 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380

### 1. TÍTULO

#### VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Nº de registro: 0380

Título  
VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)

Autores:  
CASTRO LOPEZ CARLOS, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, YUSTE PLUMED MARIA PILAR, LLERA BUESO GUILLERMINA, SORIANO SORLI FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALIAGA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Valoración del estado nutricional en el anciano ( $\geq 75$  años) en el CS. de Aliaga.  
El progresivo envejecimiento de la población es uno de los factores que influyen en el aumento de la prevalencia de desnutrición, ya que los ancianos son un colectivo de riesgo por sus características biológicas, psicológicas y sociales. A pesar de su alta prevalencia (7,8 % en ancianos de la comunidad), la desnutrición está infradiagnosticada.  
La presencia de malnutrición puede intervenir de manera significativa en la evolución de las enfermedades crónicas y agudas de nuestros ancianos. Es un factor de riesgo para el desarrollo de dependencia y esto podría explicar la fuerte asociación con comorbilidad, fragilidad y aumento de la mortalidad.  
Por ello, una valoración nutricional simple y sistematizada, que permita detectar precozmente y de manera sencilla los ancianos en riesgo nutricional, para la posterior valoración completa de estos, debería formar parte de forma protocolizada de la atención asistencial del paciente anciano.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Evaluar el estado nutricional de los ancianos  $\geq 75$  años de la zona de salud del CS de Aliaga.  
Proponer las intervenciones nutricionales necesarias.  
Establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud.

**MÉTODO**  
Estudio transversal sobre la población anciana  $\geq 75$  años de la zona de salud de Aliaga (205 pacientes a 31/12/2016), realizando:  
1. Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros.  
2. Recogida de información mediante la realización del Test Mini Nutritional Assessment (MNA).  
3. Valoración nutricional exhaustiva en el caso de haber detectado RMN o MN mediante parámetros bioquímicos, antropométricos y una historia dietética, para determinar después la intervención nutricional necesaria.  
4. Análisis de estos datos para la realización de las recomendaciones oportunas y la elaboración del protocolo nutricional en el CS de Aliaga.

**INDICADORES**  
Determinación de la prevalencia de pacientes con RMN y MN según Test MNA. El MNA consta de 18 ítems divididos en 4 categorías: parámetros antropométricos, estado general del paciente, encuesta dietética y valoración subjetiva. Esta prueba clasifica a las personas mayores, sobre un máximo de 30 puntos, en tres grupos: estado nutricional satisfactorio (S) ( $\geq 24$  puntos), riesgo de malnutrición (RMN) (17-23,5 puntos) y malnutrición (MN) ( $< 17$  puntos).  
Número de nuevos registros de episodios en OMI-AP de desnutrición.  
Determinación del porcentaje de pacientes sin intervención, con solo intervención dietética y con intervención dietética más prescripción suplementos.

**DURACIÓN**  
Creación del grupo de trabajo para consensuar el protocolo de actuación y formación de sus miembros. Abril 2018.  
Realización del Test MNA, valoración nutricional e intervención nutricional. Mayo a Octubre 2018.  
Análisis de resultados para establecer un protocolo consensuado de valoración y seguimiento nutricional en el centro de salud. Noviembre a Diciembre 2018

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0380**

**1. TÍTULO**

**VALORACION NUTRICIONAL EN EL ANCIANO EN EL CS. DE ALIAGA (MNA)**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

### 1. TÍTULO

#### ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES OLORIZ RUIZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS BAGUENA  
· Localidad ..... BAGUENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TERRADO SERRANO ASCENSION  
CORBATON HERRERO JOSEFINA  
SERRANO MORENO ANA CRISTINA  
RUBIO GUTIERREZ ISABEL  
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, nos pusimos en contacto con la directora del colegio público de Báguena, proponiéndole esta actividad educativa, y, ante su aceptación, concretamos fecha para la realización en mayo. Durante marzo y abril preparamos el material. Por un lado, contactamos con varios odontólogos, que nos dejaron maquetas de dentaduras y cepillos de dientes gigantes para que los niños pudieran practicar. También nos regalaron unos kits dentales consistentes en pasta de dientes, cepillo y un pequeño baúl para "el ratoncito Pérez". Preparamos una presentación para la actividad con contenidos adecuados para niños, trabajando tres aspectos fundamentales: cepillado de dientes, lavado de manos y desayunos saludables. Estas presentaciones constaban de unas explicaciones básicas con mucho documento gráfico, acompañadas de canciones y dibujos animados sobre el tema, para captar su atención. También buscamos material en papel, consistente en dibujos y fichas para pintar, consejos sobre alimentación saludable, información sobre el "Programa de atención bucodental infantil y juvenil"(PABIJ) y los dentistas adheridos al programa más cercanos. Compramos alimentos de plástico para hacer un taller con los niños sobre desayunos saludables. La actividad se realizó en dos sesiones. El primer día abordamos el tema de cepillado correcto de dientes y lavado de manos. Comenzamos con material audiovisual. Primero apuntes básicos sobre la manera correcta del cepillado de dientes y lavado de manos, complementado con unos dibujos animados sobre la producción de caries y otros sobre el lavado de manos, remarcando la importancia de hacerlo correctamente para evitar la transmisión de enfermedades. Terminamos con un taller, utilizando las maquetas dentales y los cepillos de dientes, practicando el correcto cepillado dental. Para finalizar repartimos información sobre el PABIJ, y dimos fichas con dibujos sobre el tema para reforzar la actividad. El segundo día tratamos el tema de los desayunos saludables, explicamos la pirámide alimenticia, hablamos de alimentos saludables y no saludables y los problemas que podía producir una mala alimentación en la edad adulta. Seguidamente organizamos un taller con platos y alimentos de plástico. Cada alumno tenía que elegir alimentos para preparar su propio desayuno saludable y, entre todos, íbamos comentando los errores y corrigiéndolos. Para finalizar la actividad pasamos una encuesta con cuatro preguntas muy sencillas entre los alumnos, para explorar los conocimientos adquiridos y el grado de satisfacción. Como despedida les regalamos un kit dental a cada alumno.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El primer día asistieron el 90% de los niños y el segundo día el 100% (Estándar 100%)  
Las ausencias el primer día fueron por enfermedad por lo que consideramos que hemos obtenido el resultado correcto.  
Respecto a la encuesta de satisfacción, a un 87,5% cree que a partir de ahora se lavará mejor y con más frecuencia los dientes, un 100% opinan que han aprendido a preparar un desayuno sano, a un 100% le ha gustado la actividad y un 100% querría que se repitiese.  
Creemos que hemos mejorado sus conocimientos para adquirir mejores hábitos de higiene bucodental, previniendo caries y resto de enfermedades bucodentales; mejorado la técnica de lavado de manos para prevenir contagios; y los hemos concienciado de la necesidad de llevar una alimentación sana, confiriendo una especial importancia al desayuno, que mejorará los nutrientes y la energía necesaria para su actividad escolar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que la actividad ha sido satisfactoria tanto por parte del equipo como por parte del alumnado y profesorado. Con esta actividad conseguimos cambiar hábitos erróneos por saludables. Asimismo hemos conseguido un acercamiento entre los profesionales de la salud y el centro educativo para realizar otros proyectos.  
Como disponemos de todo el material, continuaremos dando estas sesiones educativas en los siguientes cursos. Consideramos que es perfectamente sostenible y replicable.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228

### 1. TÍTULO

#### ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/228 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0228

Título  
ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA

Autores:  
OLORIZ RUIZ INES, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, SERRANO MORENO ANA CRISTINA, RUBIO GUTIERREZ ISABEL, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Actividades Preventivas  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental son imprescindibles para la prevención de caries y resto de enfermedades bucodentales. Asimismo, aprender a preparar un desayuno saludable, procurará los nutrientes y la energía necesaria para la actividad escolar de nuestros niños. Inculcar estos hábitos desde la edad escolar mejorará la salud de la población infantil y contribuirá a la prevención de enfermedades como la hipertensión, diabetes y obesidad, actualmente de prevalencia creciente, con especial incidencia en la obesidad infantil. Sin olvidarnos el consiguiente aumento del gasto sanitario que conllevan estas patologías. Continuando con una línea iniciada el año anterior, queremos transmitir estos hábitos a los niños del colegio público de Bágüena, perteneciente al CRA "El Poyo del Cid", de una manera didáctica y divertida, enmarcándola dentro del ámbito de actividades comunitarias de nuestro centro de salud.

RESULTADOS ESPERADOS  
Va dirigido a la población de entre 3 y 12 años escolarizada en el colegio público de Bágüena, perteneciente al CRA "El Poyo del Cid".  
Queremos conseguir la adquisición de unos buenos hábitos de higiene bucodental en esta población, así como inculcarles la importancia para su salud de un desayuno saludable, proporcionarles herramientas y trucos para realizarlo de una manera sana y divertida, y promover su mantenimiento en el tiempo reforzando conductas. .

MÉTODO  
Contactar con la directiva del colegio público de Bágüena, para concretar fecha para la realización de la actividad educativa.  
Realización de muñecos y figuras representativos de los dientes y el cepillo, para explicar como se realiza el correcto cepillado de los dientes y hablarles de las enfermedades bucodentales más frecuentes en los niños.  
Entregar un kit con cepillo y pasta de dientes y practicar el lavado dental con ellos. Información sobre el "Programa de atención bucodental infantil y juvenil" (PABIJ).  
Presentación de la pirámide alimenticia y como combinar los distintos alimentos para realizar un desayuno saludable.  
Entrega de información escrita a los alumnos sobre estos aspectos.  
En un plazo de 15-30 días, pactar una nueva sesión, para valorar los hábitos adquiridos por los escolares y reforzar conductas.

INDICADORES  
Alumnos asistentes/ alumnos totales x100. Objetivo: 100%  
Encuesta de satisfacción a los alumnos y a los docentes asistentes a la actividad.

DURACIÓN  
En el mes de Marzo y Abril preparar, entre todos los miembros del proyecto, los materiales necesarios para su realización ( muñecos, figuras de dientes y alimentos, información escrita, kit dental, ...)  
Durante el mes de Abril ponernos en contacto con la dirección del centro para acordar las fechas de las dos sesiones previstas.  
En Mayo realizar la actividad docente con los alumnos y profesorado del colegio público de Bágüena.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0228**

**1. TÍTULO**

**ADQUISICION DE HABITOS SALUDABLES EN POBLACION ESCOLAR DEL COLEGIO PUBLICO DE BAGUENA: HIGIENE BUCODENTAL Y DESAYUNOS SANOS. C.S. BAGUENA**

A los 15-30 días realizar una segunda sesión para explorar los conocimientos adquiridos y reforzar hábitos. Posteriormente entregar una encuesta de satisfacción a los alumnos y profesorado asistente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ISABEL RUBIO GUTIERREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BAGUENA  
· Localidad ..... BAGUENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLORIZ RUIZ INES  
MARRUEDO MANCEBO ISABEL  
GRACIA MALO CRISTINA  
BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Iniciamos el proyecto en abril, con una reunión de los componentes, según cronograma previsto, en la que nos planteamos cual sería el material imprescindible con el que transmitir a los pacientes la información necesaria para la solicitud de cita previa en el Centro de Salud de Báguena, teniendo en cuenta que la población que atendemos es, principalmente, de edad muy avanzada y muchos viven solos. Dadas las características de la población, consideramos, tanto por medicina como por enfermería, que la mejor vía de comunicación era verbal, dando solución inmediata a todas sus dudas y temores, y con el apoyo de material gráfico. Por un lado, hicimos carteles informativos, unos en los que constaba el teléfono del centro y el horario para llamar y solicitar cita, y otros en los que informábamos de los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud, ya que durante la época estival acude un importante número de personas de otras comunidades autónomas, que, en la mayoría de ocasiones, no tenían un registro óptimo de la asistencia por no realizar el procedimiento adecuado. Asimismo realizamos pequeñas tarjetas en papel, basadas en un modelo que se nos proporcionó desde dirección médica, con los datos imprescindibles para solicitar cita: número de teléfono del centro y horario de llamada. Para la recogida de datos del proyecto creamos una plantilla, de tal manera que quedase reflejado el número de pacientes sin cita previa, con cita previa, el total, y las incidencias que fueran surgiendo. Estas plantillas serían mensuales, y los datos se recogerían diariamente, tanto por medicina como por enfermería, y en cada uno de los consultorios. Se decidió, en esa primera reunión, que se realizaría el registro únicamente de la consulta de demanda.

Tras establecer estos parámetros, explicamos el proyecto al resto de componentes del equipo, pidiendo su colaboración para la recogida de datos, y comenzamos a mitad de abril con el sistema de cita previa. Colocamos los carteles de manera muy visible en todos los consultorios adscritos al C.S. Báguena (8 en total), repartimos tarjetas informativas a los pacientes que acudían a consultas y todo el personal que trabaja en el Equipo de Atención Primaria de Báguena fue solucionando amablemente las dudas y cuestiones que surgían entre los pacientes. De mayo a octubre de 2018 realizamos la recogida de datos en la plantilla creada a tal efecto. A final de junio, nos volvimos a reunir para valorar la evolución del proyecto y resolver dudas. Sorprendentemente, a pesar de la longevidad de nuestra población, la adaptación al nuevo sistema desde un inicio fue muy favorable. Detectamos pequeños despisten en la hoja de recogida de datos e insistimos en la necesidad de la realización correcta. En noviembre, la responsable del proyecto se encargó de recopilar todas las plantillas, para posteriormente, entre los componentes del proyecto, completar datos, analizarlos y obtener las conclusiones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras analizar todas las hojas de registro de datos creadas, donde constan los pacientes que han acudido con cita previa, sin cita previa y el total, así como el registro de incidencias, tanto en consulta de medicina como de enfermería, en cada consultorio local, con registro diario y obtenido mensualmente, en el periodo entre mayo y octubre de 2018 (en total 96 hojas de registro de datos), hemos obtenido estos resultados:

--Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a consulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses: 72% (Estándar 80-90%)  
Si analizamos este dato por categorías: en consulta de enfermería obtenemos un 56%; en consulta de medicina obtenemos un 77%.

Como se puede observar no alcanzamos el estándar marcado. Sólo hemos obtenido un 80% de cita previa en los meses de septiembre y octubre en la consulta de medicina. En el resto de los casos son inferiores al estándar.

--Incremento bimensual % pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa (Estándar 50%)  
mayo-junio: 67,6%--julio-agosto: 72%(+4,4%)--septiembre-octubre:75%(+ 3%)

En consulta de enfermería: mayo-junio: 43%--julio-agosto:63%(+ 20%)--septiembre-octubre:58%(-5%).

En consulta de medicina: mayo-junio:75%--julio-agosto:75%(+ 0%)--septiembre-octubre:80%(+5%)

En este indicador tampoco alcanzamos el estándar.

Analizando estos porcentajes, creemos que marcamos unos estándares altos desde el desconocimiento, ya que no encontramos datos de estudios previos que nos orientasen. También creemos que subestimamos a la población. Creímos que la adaptación al sistema de cita previa sería mas lenta y progresiva, y, observamos, que ya en el primer bimestre registrado, en la consulta de medicina, partimos con un porcentaje de cita previa del 75%, por lo que es imposible conseguir un incremento bimensual de un 50%.

--Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias resueltas/incidencias totales x100: 100%(Estándar 90%).

Clasificación de las incidencias:

-Identificación incorrecta en la hoja de recogida de datos(medicina/enfermería): 39,5%

-Faltan datos: 18,6%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

-No se ha cumplimentado la hoja de recogida de datos:41,90%  
Los meses en los que las incidencias han sido mas frecuentes son: agosto(25,6%) y septiembre(30%)  
Prácticamente todas las incidencias están relacionadas con la recogida de datos, la mayoría subsanadas recurriendo a la agenda de OMI. También observamos mayor número en los meses de verano, posiblemente relacionadas con la mayor variabilidad del personal por las vacaciones.  
Aunque no hemos desarrollado un indicador, cabe mencionar el aumento de pacientes desplazados en la zona de salud que han realizado correctamente los trámites para asignación de médico, ya que al llamar para solicitar cita, la auxiliar administrativa directamente gestionaba el proceso.  
En resumen, creemos que este proyecto, en base a los indicadores utilizados, tiene un impacto positivo. Favorece una mejor gestión de la consulta, tanto en medicina como en enfermería, ayudando al profesional a revisar la historia clínica del paciente antes de comenzar su consulta y a organizar mejor su horario de trabajo para dedicar tiempo a la formación o investigación. Cumple criterios de eficiencia, con una utilización óptima de recursos, controlando mas la sobrefrecuentación. Hay beneficios para el paciente, porque no tiene que soportar esperas innecesarias. Y consideramos que es persistente y sostenible.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a este proyecto hemos conseguido implantar el sistema de cita previa en el Centro de Salud de Báguena de una manera controlada y organizada.  
Hemos conseguido una mayor organización en la consulta, de manera que los pacientes no acudan aleatoriamente, y utilizar bien el tiempo para el desarrollo de otras actividades.  
Los pacientes de otras zonas de salud, cuando acuden a este centro, realizan correctamente los tramites para la asignación de médico, consiguiendo eliminar muchas "altas rápidas", que administrativamente y para registro de determinados aspectos de la historia clínica, no tienen gran validez.  
Ante la situación de personal que sufrimos en los tiempos actuales, sobre todo médicos, en muchas ocasiones nos vemos obligados a cerrar consultas. Gracias al sistema de cita previa los pacientes son informados en el momento de la llamada, y saben donde pueden ser atendidos en ausencia de su médico.  
Es un sistema que está completamente implantado y el proyecto es fácilmente replicable.  
Animamos a todos los centros rurales, con gran dispersión, a que implanten el sistema de cita previa, porque los resultados son gratificantes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/230 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0230

Título  
MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

Autores:  
RUBIO GUTIERREZ ISABEL, OLORIZ RUIZ INES, MARRUEDO MANCEBO ISABEL, GRACIA MALO CRISTINA, BERNAL ASENSIO ANA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La zona de salud de Báguena consta de un cento de salud y 8 consultorios locales. El sistema de cita previa sólo funciona en la localidad de Báguena, por lo que los pacientes de los anejos del centro de salud acuden a las consultas de atención primaria sin cita. Esto condiciona una mala gestión de las consultas, por lo que los profesionales que las atienden no pueden planificar de una manera adecuada su tiempo. También contribuye a un mayor acceso de pacientes desplazados sin haber realizado los trámites correctos para un registro adecuado en el sistema sanitario y su posterior seguimiento.  
Por ello consideramos de vital importancia la implantación de la cita previa en todos los puntos de atención de la zona de salud de Báguena, porque una buena organización de la consulta requiere gestionar adecuadamente

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0230

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA GESTION DE LA CONSULTA A DEMANDA EN LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA MEDIANTE LA IMPLANTACION DE LA CITA PREVIA

la demanda y el tiempo.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Instaurar el sistema de cita previa en los consultorios locales de la zona de salud de Báguena.
- Conseguir que los pacientes desplazados realicen los trámites administrativos antes de acudir a consulta de atención primaria.
- Conseguir una adecuada gestión de la demanda y del tiempo en la consulta de atención primaria

#### MÉTODO

Informar a la población, de manera verbal y mediante carteles, de la importancia de la cita previa así como de su instauración.  
Colocar de manera muy visible, en todos los consultorios, el teléfono del centro de salud para solicitar cita.  
Elaboración de tarjetas informativas con el teléfono al que llamar para solicitar cita previa y los horarios de consulta, para distribuir entre los pacientes.  
Colocar carteles informativos sobre los pasos a seguir para realizar el trámite de asignación de médico en pacientes desplazados en la zona de salud.  
Realización de una plantilla dónde se registre diariamente, y en cada consultorio, la actividad de la consulta de demanda (pacientes con cita previa y pacientes sin cita). Registrar las incidencias surgidas durante el periodo de evaluación.

#### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes que solicitan cita previa (nº pacientes que acuden a consulta con cita previa/nº pacientes que acuden a consulta de demanda x100) en un periodo de 6 meses. Estándar: 80-90%
- Incremento bimensual de porcentaje de pacientes que acuden a consulta de demanda con cita previa. Estándar: conseguir en cada fracción bimensual al menos un incremento del 50% respecto al previo.
- Porcentaje de resolución de incidencias: incidencias surgidas/incidencias resueltas x 100. Estándar: 90%.

#### DURACIÓN

Abril 2018: Información a la población de los núcleos periféricos adscritos al C.S. Báguena sobre la implantación de la cita previa, mediante carteles y tarjetas informativas.  
Realización de la plantilla de registro de la actividad en la consulta de demanda.  
Mayo 2018: Inicio del sistema de cita previa.  
Mayo-Octubre 2018: Recogida de datos.  
Noviembre-Diciembre 2018: Análisis de datos y evaluación del proyecto.  
Realización de tres reuniones de los participantes del proyecto:  
--Reunión inicial para la elaboración del material.  
--Reunión a los dos meses de iniciar el sistema de cita previa para contrastar opiniones sobre su funcionamiento y resolver dudas sobre el funcionamiento y los problemas surgidos.  
--Reunión al final del periodo de evaluación para análisis de datos.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA CRISTINA SERRANO MORENO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS BAGUENA  
· Localidad ..... BAGUENA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TERRADO SERRANO ASCENSION  
CORBATON HERRERO JOSEFINA  
REDOLAR CHASENAS GEMMA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el seguimiento en la compra e instalación de las bombonas en los consultorios de Cucalón y San Martín del Río.  
Se ha ido informando diariamente de la mejora de los consultorios a los pacientes, conforme acudían a la consulta de los beneficios que conlleva el tener ambas bombonas disponibles para su uso. A su vez los alcaldes también informaron a la población.  
Tras insistir al resto de alcaldes, de las localidades que no compraron las bombonas, nos aceptaron propuesta y quedaron pendientes de la implantación de las mismas en sendos consultorios restantes.  
Se ha cumplido con el calendario previsto y con los registros de mantenimiento de las bombonas implantadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado alcanzado ha sido muy bueno, puesto que, aunque quedan pendientes de la implantación de bombonas en varios consultorios, las que se han puesto están localizada en consultorios céntricos, uno de ellos Cucalón, de modo que en caso de urgencia la accesibilidad es rápida. Lo óptimo sería que hubiese en todos los consultorios. Según el standard marcado, solo hay en este momento un 30%, con la intención por parte de los alcaldes de implantar el 100%, mediante la compra/ alquiler de estas por parte de air liquid.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo se encuentra satisfecho con la mejora de calidad instaurada, puesto que hacer uso en caso de urgencia de una bombona de oxígeno localizada en un consultorio local, beneficia evitando cargas innecesarias desde el centro de salud, puesto que en estos casos se sale con múltiples maletines; de medicación y Material fungible, así como monitores y desfibrilador.  
Sería muy interesante, dada la dispersión poblacional de toda el área de salud de Teruel, que se realizara este mismo proyecto, abasteciendo a todos los consultorios locales, dada su gran eficacia y eficiencia, puesto que además de los beneficios aportados, son los ayuntamientos quienes se hacen cargo de la implantación y mantenimiento.  
Nos queda pues pendiente, la compra de las bombonas de los 5 consultorios restantes, que nos han dado su palabra los alcaldes que se va a poner con la mayor brevedad posible.

#### 7. OBSERVACIONES.

Insistir en la necesidad de tener oxígeno en todos los consultorios locales y agradecer la colaboración por parte de todos los ayuntamientos de la realización e intención de hacerlo en la mayor brevedad posible.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/231 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0231

Título  
MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

Autores:  
SERRANO MORENO ANA CRISTINA, TERRADO SERRANO ASCENSION, CORBATON HERRERO JOSEFINA, REDOLAR CHASENAS GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BAGUENA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0231

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA OXIGENOTERAPIA DE LOS CONSULTORIOS LOCALES DEL C.S. DE BAGUENA

##### PROBLEMA

La gran dispersión poblacional que suscribe el C.S. De Báguena obliga en muchas ocasiones a atender situaciones de urgencia que requieren la administración de oxígeno y, no siempre, la accesibilidad desde el centro de salud al pueblo puede realizarse con coche del centro equipado; máxime cuando el vehículo del centro no está habilitado para el transporte de las bombonas de oxígeno. Para ello, los consultorios deberían estar dotados de oxígeno. La propuesta establece dos bombonas medianas en cada consultorio para que siempre haya una llena, de modo, que si se requiere en situación de urgencia, el equipo médico pueda acceder al consultorio y hacer uso de ella.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Dotar de dos bombonas de oxígeno tamaño medio a todos los consultorios pertenecientes al C.S. De Báguena en colaboración con los ayuntamientos.

##### MÉTODO

--Gestión con ayuntamientos para la instalación de dos bombonas de oxígeno por consultorio ( escribir carta a ayuntamientos para convocar reunión y dar presupuesto y ver viabilidad )  
--Solicitar presupuesto a la empresa de oxígeno.  
--Sesiones de formación a los profesionales sobre manejo de la oxigenoterapia y sus accesorios.  
--Creación hoja de registro de la sesión clínica de contenido.  
--Creación hoja de registro del funcionamiento de la oxigenoterapia de los consultorios de forma bimensual.

##### INDICADORES

Nº consultorios dotados de oxígeno (al menos una)/ nº consultorios totales  
Nº bombonas instaladas/ (nº consultorios x 2 ) x100 (80-100%)  
Nº sesiones formativas anuales.  
Nº revisiones anuales en consultorios/ (nº de consultorios x 8) x100 (50-100%)

##### DURACIÓN

Durante Abril y Mayo realizar las gestiones con los ayuntamientos (enviar carta, reunión con los alcaldes). Solicitar presupuestos a empresas distribuidoras de oxígeno.  
En Junio realizar las sesiones sobre manejo de oxigenoterapia y realizar las hojas de registro de datos.  
A partir de septiembre realizar la evaluación con los datos de las hojas de registro.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN GARCES MORERA  
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL  
· Centro ..... CS CALAMOCHA  
· Localidad ..... CALAMOCHA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN  
BLASCO MAS MIGUEL  
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA  
PEREYRA GRUSTAN LORENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones. La primera para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos (03/10/2018). La segunda para valoración, evaluación y elaboración de la memoria de seguimiento (05/02/2019). La coordinación entre los miembros del equipo ha sido fluida, realizándose numerosas comunicaciones telefónicas, presenciales y por correo electrónico para el seguimiento de casos.

En el calendario que marcábamos al diseñar el proyecto nos planteábamos dos reuniones anuales, programando una inicial en mayo de 2018 y una de seguimiento y evaluación en mayo de 2019. Por diversas circunstancias la primera reunión se realizó en octubre de 2018, por lo que en la fecha de elaboración de esta memoria nos encontramos todavía en el quinto mes de desarrollo del proyecto.

Desde las Unidades de Trabajo Social de Atención Primaria participantes se informó sobre la puesta en marcha del proyecto a los/as coordinadores/as de los Centros de Salud con pacientes incluidos como población destinataria, así como en reuniones de equipo de cada Centro de Salud y con los profesionales encargados de Calidad. Se informó también en las reuniones de los respectivos Consejos de Salud.

Desde Salud Mental se informó a los profesionales de las Unidades de Salud Mental no incluidos en el equipo de trabajo para que fuesen conocedores y para solicitar su colaboración.

Se han realizado 7 derivaciones de pacientes por parte de las Unidades de Salud Mental, 6 entrevistas y 2 visitas domiciliarias. En uno de los casos se han realizado gestiones pero por las características del caso se ha aplazado la entrevista tras coordinación/valoración con la Trabajadora Social de referencia del Servicio Social Comarcal.

Se ha elaborado documentación propia del proyecto :

- Hoja de detección de necesidades y derivación de casos.

Creada en septiembre de 2018 y revisada y modificada en febrero de 2019.

- Procedimiento de derivación de casos.

Creado en septiembre de 2018 y revisado y modificado en febrero de 2019.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación. Cumplimiento de objetivos:

1- Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales. Alcanzado

2- Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social. Alcanzado parcialmente. En desarrollo.

Actividades:

1- Crear flujograma de procedimiento y documento "Hoja de detección de necesidades y derivación de casos"

Realizado.

2-Una reunión al inicio del Proyecto. Realizada: 03/10/2018

3-Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y aspectos a mejorar. La reunión de evaluación se llevó a cabo en fecha 05/02/2018, con motivo de la elaboración de la memoria de seguimiento.

4. Realización desde Unidad de TS una primera entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria. Realizado.

Estudio de datos cuantitativos:

Número de pacientes derivados USM 5

Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 5

Número de pacientes derivados USMIJ. 0

Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados)

Número de pacientes derivados UCE 2

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

### 1. TÍTULO

#### **PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL**

Número de pacientes atendidos en Unidad de Trabajo Social (de los derivados) 2

Número de visitas domiciliarias realizadas. 2 (En algunos de los casos se ha valorado más oportuno no realizar una visita domiciliaria inicial y plantearla en su caso más adelante como visita de seguimiento.)

Número de entrevistas realizadas 6

Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre...etc) 3

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Observamos que, dado que la reunión de puesta en marcha del proyecto (tras la etapa previa de acuerdos, elaboración del procedimiento y hoja de derivación) se realizó en octubre de 2018, todavía llevamos poco tiempo de desarrollo (cinco meses). Se considera necesario y adecuado darle continuidad durante el 2019, a fin de desarrollarlo en su totalidad, modificar aspectos en los que detectamos necesidad de mejora...etc.

- Aspectos que valoramos positivamente:

Alta motivación e implicación del equipo de trabajo. Participación activa por parte de todos los miembros. Intercambio fluido de comunicación.

- Aspectos a mejorar (según los acuerdos establecidos por el Equipo de Trabajo en la reunión de evaluación 05/02/2019)

#### Derivaciones

Consideramos adecuado ampliar la direccionalidad del proyecto, de forma que se puedan derivar casos tanto de las Unidades de Salud Mental a las Unidades de Trabajo Social como a la inversa. Se modifica por tanto la documentación del proyecto.

#### Documentación

Se han detectado aspectos a mejorar en la "Hoja de derivación" y se ha considerado necesario modificarla y añadir la posibilidad de derivación inversa, desde las Unidades de T Social a las Unidades de Salud Mental. Se modifica también el procedimiento, añadiendo los pasos a dar para derivar desde las Unidades de Trabajo Social.

#### Comunicaciones / Informática

Consideramos adecuado crear un grupo de WhatsApp entre las personas que formamos el equipo de mejora. para facilitar la coordinación. (Creado: 05/02/19)  
Se acuerda crear grupo de Google Drive para compartir archivos (para la documentación sin datos personales de pacientes) y elaboración y revisión conjunta de de documentos propios del proyecto. (Creado 12/02/2019.)

Observamos que mejorar los conocimientos informáticos de los profesionales facilitaría el intercambio de archivos con datos protegidos. Para el envío de la "Hoja de derivación", con datos de pacientes, se acordó proteger el documento enviándolo con contraseña, lo que inicialmente supuso algunas dificultades para las que tuvimos que solicitar asistencia al equipo de informáticos (desconocimiento del manejo, no todas las unidades de trabajo tienen el mismo programa de compresión de archivos...etc)

#### Intercambio de información

Está previsto que en 2019 se implemente aplicación informática con Historia Clínica Electrónica y posibilidad de Interconsultas con Psiquiatría. Este sistema supondría una mejora en el intercambio de información y en el acceso a la misma. Hasta que no se ponga en funcionamiento continuamos con intercambio de información vía correo electrónico. Observamos que resulta más útil el intercambio de información escrita que en conversaciones telefónicas, ya que queda toda la información registrada y se convierte en una ocasión para reflexionar más a fondo sobre el caso por parte de todos los profesionales implicados.

#### Gestión de tiempos

Observamos que por falta de tiempo en alguna ocasión se han abordado los casos en un plazo más largo o con menos intensidad de seguimiento que la que consideraríamos idónea (Trabajadoras Sociales).

#### Reuniones

Realizar un acta resumen de las reuniones posibilitaría tener la información más organizada, principalmente de los acuerdos que se establezcan, así como de propuestas y sugerencias.

#### 7. OBSERVACIONES.

De la implementación del programa valoramos la necesidad de darle continuidad, trabajando de forma multidisciplinar y en colaboración estrecha, con la finalidad de realizar un enfoque integrado del paciente usuario de recursos de Salud Mental y Trabajo Social.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/253 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

Nº de registro: 0253

Título  
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM / USMIJ / UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL AT. PRIMARIA SECTOR TERUEL

Autores:  
GARCES MORERA CARMEN, LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, BLASCO MAS MIGUEL, PEREYRA GRUSTAN LORENA, ALMAZAN CALVE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Desde las Unidades de Trabajo Social de At Primaria y desde la Unidad de Salud Mental del sector Teruel observamos la necesidad de establecer un procedimiento formal de coordinación y derivación de casos de pacientes atendidos en Salud Mental que posibilite una mejora en la detección y atención de las necesidades sociales que esta población presenta. Observamos que son pacientes que por sus propias patologías tienen limitado su acceso a información, recursos y participación social, lo que aumenta el riesgo de exclusión social. Consideramos que establecer cauces formales de coordinación supondrá una mejora en la detección de necesidades y en la atención a las mismas respecto a la coordinación informal que ya se está realizando, máxime cuando la dotación de Trabajadoras Sociales en nuestro sector, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental, es claramente insuficiente.

Debido a las características específicas de las personas con problemas de salud mental se requiere un abordaje multidisciplinar, con el objetivo de mejorar la calidad de las actuaciones.

Pacientes que presenten déficits relativos a :

- autonomía personal y autocuidado
- adecuada adherencia al seguimiento en Salud Mental y/o al tratamiento farmacológico
- falta de habilidades sociales
- problemática familiar / entorno comunitario
- formación, empleo

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un procedimiento de derivación de pacientes atendidos por Salud Mental que posibilite el estudio de sus necesidades sociales.
- Garantizar el acceso a información social, laboral y de acceso a recursos y potenciar la participación e integración social.

Dado que todos los Centros de Salud del Sector Teruel no cuentan con Unidad de Trabajo Social, en este proyecto se incluyen exclusivamente pacientes de los siguientes Centros de Salud: Calamocha, Monreal del Campo, Teruel Centro, Teruel Ensanche y Utrillas.

#### MÉTODO

- Crear flujograma de procedimiento y documento Hoja de Detección de Necesidades Sociales y Derivación de Casos.
- Una reunión al inicio del Proyecto (USM/ USMIJ/ UCE/ TS HOP/ TSs At Primaria)
- Una reunión al año de funcionamiento. Evaluación y detección de aspectos a mejorar.
- Realización desde Unidad de TS de una 1ª entrevista y en su caso entrevistas de seguimiento individual y/o familiar, incluyendo mínimo una visita domiciliaria.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0253

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE COORDINACION Y DERIVACION DE CASOS DESDE SALUD MENTAL (USM/USMIJ/UCE) A LAS UNIDADES DE TRABAJO SOCIAL ATENCION PRIMARIA SECTOR TERUEL

##### INDICADORES

Estudio de datos cuantitativos:

Número de pacientes derivados USM. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).  
Número de pacientes derivados USMIJ. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).  
Número de pacientes derivados UCE. Número de pacientes atendidos Unidad Trabajo Social (de los derivados).  
Número de visitas domiciliarias realizadas.  
Número de entrevistas realizadas.  
Número de derivaciones realizadas a otros recursos (laborales, educativos, de ocio y tiempo libre... etc.)

##### DURACIÓN

Elaboración de Flujograma de procedimiento y Hoja de Detección de Necesidades y Derivación de Casos: Abril 2018  
Primera reunión de coordinación: Mayo 2018.  
Reunión de seguimiento anual. Evaluación. Mayo 2019. \*

\*Se podrá realizar reunión de revisión a los seis meses si se considera necesario (octubre 2018).

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALAMOCHA  
· Localidad ..... CALAMOCHA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TUNDIDOR SARASA NURIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CAPTACION PACIENTES: publicación de la actividad a nivel comunitario mediante carteles en consultas y pasillos de centro de salud, indicando fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. Método de captación activamente en consultas a través de medicina y/o enfermería.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realiza sesión presencial de hora y media con exposición breve de 35 min y posteriormente puesta en común, diálogo asertivo entre participantes y resolución de dudas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como fortalezas: valoración muy positiva a nivel comunitario de la actividad y gran interés poblacional. Limitaciones: bajo nivel de participación por inefectiva difusión. A mejorar este aspecto en un futuro.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/304 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0304

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:  
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Mejorar autocuidado y educación poblacional

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional. En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad. Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual. Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

##### MÉTODO

###### Captación:

Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

###### Sesiones Programadas

Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

##### INDICADORES

Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves preguntas ANTES y DESPUÉS de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

##### DURACIÓN

El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.

Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova

###### Temática:

¿Qué es la DM y cómo se produce?

¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?

¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?

Tratamiento farmacológico y hábitos saludables

Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.

Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?

Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucía Gómez

###### Temática:

Cuidarse es...

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

Cuidados e higiene del pie diabético

Retinopatía diabética

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio de 2018.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA TRILLO CALVO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALAMOCHA  
· Localidad ..... CALAMOCHA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TUNDIDOR SARASA NURIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### Captación:

Se realizó fundamentalmente a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contenían información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudían por otros motivos a consultas médicas o de enfermería, ya fuera a demanda o programada.

##### Sesiones realizadas:

Se programó una sesión en horario de 13.30-15 h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas por los dos miembros del equipo, una primera parte teórica (unos 40-45 minutos), ayudado de material audiovisual realizado por el responsable del proyecto y una segunda fase en forma de diálogo abierto entre todos los asistentes (otros 45 minutos).

Los contenidos y número de asistentes fueron:

Ponentes: Eva Trillo Calvo y Nuria Tundidor Sarasa

Número de asistentes: 6.

Temática: introducción, concepto de diabetes, como se diagnostica, líneas de tratamiento, actividades preventivas, principales complicaciones, dieta y ejercicio, hipoglucemia.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### Valoración de las sesiones

Al finalizar la sesión se pasó una encuesta elaborada ad hoc para este proyecto a todos los asistentes para que valoraran la actividad. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

- La duración de la actividad formativa ha sido:	4,57
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:	4,28
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:	4,00
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:	4,85
- Valoración del formador:	5,00
- En general, el curso me ha parecido:	5,00

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.

Se ha observado que existe gran interés por parte de la comunidad en participar en talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los usuarios sobre su estado de salud, determinadas patologías crónicas como la diabetes, enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, etc. y su manejo, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros (actividades de promoción para la salud y prevención de la enfermedad).

Como coordinadora del proyecto considero que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya dispongo de un boceto preparado, podemos utilizarlo en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.

Como elemento negativo, somos críticos con el escaso número de participantes conseguidos (se tenía previsto alcanzar un número de participantes por sesión de 15 - 20 personas y se alcanzó un máximo de 6 personas en la sesión). El motivo de esta baja participación consideramos que es por la baja e inefectiva difusión del taller, no siendo suficiente los carteles dispuestos en el Centro de Salud, sino que debemos buscar más activamente a posibles participantes, motivando a la población, dando más información en las consultas, utilizando redes sociales y recordando individualmente en las fechas previas a su realización (vía telefónicamente por ejemplo) para que recuerden la cita.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/304 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Nº de registro: 0304

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES

Autores:  
TRILLO CALVO EVA, TUNDIDOR SARASA NURIA, CASANOVA CASANOVA TERESA, AISA PASCUAL ANTONIO, INUÑEZ PEÑA MARIA PILAR, GOMEZ GALVE LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Mejorar autocuidado y educación poblacional

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Recientemente se está impulsando la realización de actividades para la Comunidad dada su importancia y evidencia en la mejoría de la Salud poblacional.  
En el Equipo de Atención Primaria (EAP) de Calamocha no existe una cultura arraigada de realizar este tipo de actividades, orientadas a promocionar la salud de nuestros pacientes, intentando hacerles partícipes en su proceso de enfermedad.  
Pensamos que las características de la Zona Básica de Salud (ZBS) de ámbito rural y la dispersión geográfica hacen que se tienda a realizar actividades educativas principalmente de tipo individual.  
Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como empoderar a nuestros pacientes diabéticos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad  
- Mejorar el conocimiento de enfermedad en nuestra población diabética tipo 2  
- Mejorar el nivel de salud en los pacientes diabéticos tipo 2

MÉTODO  
Captación:  
Se realizará mediante captación activa desde las consultas de los profesionales integrados en el grupo de mejora y a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del Centro de Salud, zona de admisión y salas de espera. Contendrán información básica con fechas de realización, contenido del taller y forma de inscripción.

Sesiones Programadas  
Se van a programar dos sesiones consecutivas de 30 minutos de exposición teórica y otros 30 minutos de diálogo, impulsando una comunicación activa entre pacientes y formadores. Se realizarán semanalmente en horario de 10-11.30h, en la sala de reuniones del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por dos miembros del equipo de mejora. Buscaremos un aforo óptimo de 12-15 pacientes para hacer una formación más personalizada. Se hará uso de material audiovisual realizado por el equipo.

INDICADORES  
Con la intención de conocer la educación en diabetes de nuestra población y comprobar la efectividad de nuestro proyecto, pasaremos unas breves preguntas ANTES y DESPUÉS de finalizar la actividad. De esta manera podremos saber el punto de partida de nuestros pacientes, como hemos ayudado a mejorar el conocimiento sobre su enfermedad, conocer su grado de satisfacción y detectar posibles líneas de mejora. Además incluiremos un apartado libre de escritura para que los asistentes sugieran líneas de interés para ellos.

DURACIÓN  
El organigrama prefijado será:

1ª Sesión: Parte médica. Concepto básicos.  
Ponentes: Eva Trillo Calvo, Nuria Tundidor Sarasa, Antonio Aisa y Teresa Casanova  
Temática:  
¿Qué es la DM y cómo se produce?  
¿Cómo se diagnostica? ¿síntomas?  
¿Cuántos tipos de DM hay? ¿Cuál es la más frecuente?  
Tratamiento farmacológico y hábitos saludables

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0304**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD. PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA COMUNIDAD: EDUCANDO EN DIABETES**

Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.  
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

2ª Sesión: Parte de Enfermería ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes?

Ponentes: Manuel López Martín, Pilar Inúñez y Lucia Gómez

Temática:

Cuidarse es...

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

Cuidados e higiene del pie diabético

Retinopatía diabética

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

Fecha prevista de comienzo: A realizar la primera quincena de Junio de 2018.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL ZABALA GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CALAMOCHA  
· Localidad ..... CALAMOCHA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACHA DOMINGUEZ JESUS  
CALVO HERRERA ENRIQUE  
FALOMIR ROS ROSA  
GARCES MORERA CARMEN  
GOMEZ GALVEZ LUCIA  
IBÁÑEZ CATALAN JULIA  
PONS TURO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para el desarrollo del proyecto y a lo largo del año de duración del mismo se han realizado cuatro reuniones principales con el Equipo de Trabajo: dos iniciales para el diseño y presentación de la solicitud del Proyecto ( 28 de marzo de 2018 y 4 de abril de 2018), una tercera para concretar cómo hacer el tríptico y qué información queríamos incluir (31 de mayo de 2018) y una cuarta para la revisión final del tríptico (30 de enero de 2019). Aparte de estas reuniones con todo el Equipo de Trabajo también se han realizado otras durante este año para revisión de textos y elaboración de memoria final.

En los dos Consejos de Salud convocados durante el tiempo de duración del Proyecto (05/06/18 y 29/11/18) se informó tanto de la presentación del Proyecto como de la elaboración de un tríptico informativo, quedando pendiente en el siguiente Consejo de Salud que se convoque informar sobre la finalización del Proyecto y presentar el tríptico a los miembros del Consejo.

En el Consejo de Salud celebrado en junio de 2018, el alcalde de Calamocha informó de la posibilidad de incluir esta información del Centro de Salud que queríamos transmitir a los/as usuarios/as en la aplicación móvil "Mi municipio al día", utilizada por el Ayuntamiento de la localidad para la difusión de información. Actualmente en la citada aplicación (app) hay un apartado reservado a datos e información del C.E.I.P. Ricardo Mallén (colegio público de Educación Infantil y Primaria) y se nos propuso la posibilidad de incluir también un apartado de información del Centro de Salud. (Actualmente está pendiente de inclusión).

ELABORACIÓN DE MATERIAL: TRÍPTICO INFORMATIVO

Para el desarrollo del presente proyecto, con el objetivo de mejorar el uso de los servicios del Centro de Salud de Calamocha por parte de los usuarios/as, nos planteamos el diseño, edición y difusión de un tríptico informativo para proporcionar la información que queríamos hacer llegar a la población destinataria. Entre los objetivos planteados estaban, entre otros: dar publicidad de horarios y servicios, fomentar un uso responsable de los Servicios de Atención Continuada, potenciar la función del médico de Atención Primaria.

Se diseñó un folleto tipo tríptico en el que incluimos la siguiente información:

Resumen del tríptico.

ANVERSO -

Parte 1  
Información sobre uso responsable de los servicios de urgencias. Explicación del concepto "atención urgente". Información extraída de la página "Salud Informa". Imagen de libre uso.

Parte 2  
"Información para recordar". Listado de ocho puntos en los que se recuerdan aspectos como: la importancia del autocuidado, sistema de cita previa, horarios de urgencias, avisos a domicilio, traslados sanitarios...etc. Invitación a la participación y aportación de ideas a través del "Buzón de Sugerencias".

Parte 3  
Identificación del Centro de Salud (dirección, localidad, teléfono, sector), fotografía del C Salud (realizada y editada por uno de los miembros del equipo), logos de Servicio de Aragón de Salud y del Gobierno de Aragón.

REVERSO-

Parte 1  
Información: teléfonos de emergencias sanitarias, urgencias C.Salud, horarios y cita previa. Información sobre profesionales, número de consultorios locales, unidades de apoyo y atención continuada.

Parte 2  
Dirección y teléfonos de los siguientes servicios especializados: Unidad de Salud Mental, Odontología. Hospitales de referencia. Imagen de libre uso.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540

### 1. TÍTULO

#### RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Parte 3

Listado de los 22 Consultorios Locales. Imagen de libre uso.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento de redacción de la presente memoria el folleto está finalizado y pendiente de impresión. Estamos pendientes de la posibilidad de imprimir en color y con papel específico. Si no fuese posible se imprimiría en tinta negra y con folios de color claro para conseguir una mejor estética que con folio reciclado o blanco.

Tareas pendientes:

1-Impresión y difusión del tríptico.

2-Realizar una encuesta de satisfacción (con muestra de población) una vez haya pasado un mes desde la difusión del tríptico en el Centro de Salud y en los Consultorios Locales. Se informará a Dirección-Gerencia del Sector Teruel de los resultados de la citada encuesta.

Tipo de encuesta: Valoración 5 preguntas. Anónima. Incluirá datos de: edad, sexo.

Objetivos alcanzados:

Si bien el objetivo del Proyecto: " Dar publicidad de horarios y servicios" quedaría conseguido en cuanto se inicie la difusión del folleto, hemos observado que algunos de los objetivos (como "evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario) resultan muy difíciles de alcanzar únicamente mediante la difusión de información.

Otro de los errores que hemos detectado en esta etapa final es que los indicadores y evaluación que incluimos ( "coeficiente de consultas con cita previa/consultas locales, índice de frecuentación e índice de asistencias en atención continuada y asistencia por su médico de atención primaria"), exceptuando la encuesta de satisfacción a los/as usuarios/as, son difícilmente medibles y analizables y no se corresponden con la acción de difusión de información, de forma que aún consiguiendo disponer de los datos no podríamos establecer una relación directa con la difusión de información realizada, ya que tanto el índice de frecuentación como el índice de asistencias en Atención Continuada no permitirían extraer conclusiones porque no reflejarían los efectos reales de la difusión de la información, que dependen también de otros factores (ej: los cupos de los Consultorios Locales y en general del C Salud de Calamocha se incrementan de forma considerable en los meses de verano con motivo de desplazamientos temporales desde las actuales localidades de residencia de los pacientes a las localidades de origen).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una de las conclusiones a las que llegamos tras la elaboración del Proyecto es que es necesario concretar muy bien los distintos apartados de los proyectos, tal y como se nos indicó en la Sesión Formativa sobre Proyectos de Mejora Comunitaria realizada en Teruel en fecha 06/06/18, donde algunas personas de este Equipo de Mejora estuvimos trabajando los distintos apartados de los proyectos presentados y nos dimos cuenta de la necesidad de definir muy bien los proyectos, especialmente los objetivos e indicadores de evaluación.

Tras la asistencia a la citada sesión y en el momento de elaborar esta memoria final observamos que necesitamos más formación para mejorar la elaboración y puesta en marcha de proyectos. En la sesión formativa se realizó una parte práctica en la que estudiamos y trabajamos los Proyectos de Mejora que habíamos presentado y pudimos apreciar errores importantes que iban a dificultar posteriormente el desarrollo y evaluación. Observamos, de cara a futuras presentaciones y diseño de proyectos que resulta imprescindible fijar objetivos alcanzables y no excesivamente ambiciosos, así como indicadores muy concretos y medibles que nos sirvan para comparar datos, medir resultados, analizar y extraer conclusiones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/540 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0540

Título  
RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA

Autores:  
ZABALA GARCIA ANA ISABEL, ACHA DOMINGUEZ JESUS, CALVO HERRERA ENRIQUE, FALOMIR ROS ROSA, GARCES MORERA CARMEN, GOMEZ GALVE LUCIA, IBAÑEZ CATALAN JULIA, PONS TURO PILAR

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0540**

**1. TÍTULO**

**RECOMENDACIONES DE USO ADECUADO DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CALAMOCHA**

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALAMOCHA

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: TODAS LAS PATOLOGIAS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

Se ha observado un mal uso de los usuarios del Centro de Salud, probablemente por falta de conocimiento o desinterés, situación que vamos a tratar de corregir o mejorar con la elaboración de la guía propuesta, programación de consultas de cita previa y uso racional de Servicio de Urgencias/Atención Continuada.

Nos apoyamos en la normativa vigente:

- Decreto 59/1997 de Reglamento de funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- Art.23. Asistencia y programación de consultas.
- Art.24. Unificación de criterios.
- Art.33. Participación comunitaria.
- Art.34. Iniciativas del equipo.
- Art.43. Publicación de horarios y servicios.
- Ley de Salud de Aragón 6/2002 de 15 de Abril.
- Título II Art.5. Deberes.
- Estrategia de Atención Comunitaria, iniciativa del Departamento de Sanidad orientada a promover la salud y el bienestar de las personas en Aragón.

**RESULTADOS ESPERADOS**

- Dar publicidad de horarios y servicios.
- Mejorar la gestión de la demanda tendiendo a la cita programada.
- Fomentar un uso responsable de los servicios de Atención Continuada.
- Mejorar la equidad en el acceso, dando prioridad a la cita previa ante los no citados.
- Evitar consumo innecesario de recursos en derivaciones a especializada y transporte sanitario.
- Potenciar la función del médico de Atención Primaria.
- Fomentar la participación del paciente en la gestión del sistema sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente.

**MÉTODO**

- Elaboración de guía de bolsillo y cartelería.
- Difusión a través del Consejo de Salud.
- Recomendaciones a la población. Educación sanitaria.

**INDICADORES**

- Coeficiente consultas con cita previa/consultas totales.
- Índice de frecuentación.
- Encuesta de satisfacción.
- Índice asistencias en Atención Continuada/Asistencia por su médico de Atención Primaria.

**DURACIÓN**

-Un año.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ..... EDUARDO COMAS RIBAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CEDRILLAS  
· Localidad ..... CEDRILLAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANZ BARAJAS PEDRO  
ALONSO VALBUENA AINARA  
SOFIANTINI CAMPOAMOR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Cuantificación del grado de IRC, mediante la formula de Cockcroft-Gault, con hoja de calculo específica.  
Clasificación de los pacientes según grado de IRC, según estadios de la Sociedad Española de Nefrología  
Estudio de los Tratamientos Crónicos del paciente  
Retirada o ajuste de dosis, en los pacientes que lo requieren,  
Se crea un episodio en OMI, con diagnóstico de IRC y estadio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Se ha retirado/ajustado medicación en un 20 % de los pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Nos hemos dado cuenta que muchos pacientes mayores están tratados con medicacion potencial o directamente nefrototoxicos, teniendo especial relevancia los AINES o Antidiabéticos Orales

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1206 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1206

Título  
VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

Autores:  
COMAS RIBAS EDUARDO, ALONSO VALBUENA AINARA, SANZ BARAJAS PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Los pacientes ancianos debido al envejecimiento fisiológico y/o a enfermedades crónicas pueden tener cierto grado de Insuficiencia Renal. Dichos pacientes además suelen estar polimedificados, con fármacos no siempre nefro-saludables (apropiados). Se ha detectado la necesidad de valorar la función renal en este perfil de pacientes, optimizando el uso de fármacos, evitando los potencialmente nefrotóxicos.

RESULTADOS ESPERADOS  
Detección de pacientes mayores 70 años con disminución de la función renal  
Ajuste y/o retirada de los fármacos potencialmente nefrotóxicos en los pacientes que se ha detectado limitación en la función renal.

MÉTODO  
Realización del FG y el Cockcroft-Gault al 100% de los pacientes mayores de 70 años.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1206

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS E IMPLEMENTACION DE UN PROYECTO DE OPTIMIZACION DE TRATAMIENTOS POTENCIALMENTE NEFROTOXICOS

A todos los pacientes a los que se ha realizado el FG y han visto afectada su función renal, se procede a una revisión sistemática de la medicación que llevan y a la retirada, si es posible, de la mayor parte de los fármacos nefro-tóxicos.

Valoración del 100% de los pacientes con triple Whammy y retirada de los fármacos nefrotóxicos.

#### INDICADORES

- % pacientes > 70 años con realización de analítica para obtención de creatinina y después valorar según fórmula de Cockcroft-Gault. Clasificación según la misma de la Enfermedad Renal Crónica.

- % pacientes con intervención clasificados sin ERC

- % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento / % pacientes con intervención clasificados con ERC

-% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento y se ha realizado desprescripción o triple Whammy /% pacientes con intervención clasificados con ERC que se les ha realizado la intervención en la optimización del tratamiento

#### DURACIÓN

Mayo 2017: Obtención de los listados de pacientes > 70 años

Mayo 2017-Noviembre 2017: Realización de FG, clasificación de los paicnets, y consulta de optimización.

Dicimebre 2017: evaluación

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA JULIAN MARTINEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CEDRILLAS  
· Localidad ..... CEDRILLAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SUAREZ CRESPO SUSANA  
MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA  
ALONSO VALBUENA AINARA  
COMAS RIBAS EDUARDO  
MONTERO PEREZ ASCENSION  
SOFFIANTINI LOLA  
SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos la primera sesión en Junio 2018, una dirigida a alumnos y otra a profesores. En ella les enseñamos a reconocer una PCR y como actuar ante ella, a colocar al paciente en PLS y como actuar ante un atragantamiento. En Enero de 2019 se realiza la segunda sesión (por problemas logísticos no se ha podido realizar antes) en la que valoramos la adquisición de conocimientos y su correcta puesta en práctica. Hacemos un repaso de toda la sesión para corregir los errores que han ido cometiendo y terminar de fijar los conocimientos. Al final de la sesión a los Alumnos les hemos entregado unos marcadores de hojas con 4 imágenes del teléfono de emergencia, RCP, PLS y Heimlich.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la segunda sesión nos damos cuenta de que los alumnos han fijado mejor los conocimientos que los profesores, aunque les cuesta mas ponerlo en practica. Tanto alumnos como profesores se acuerdan del teléfono que tienen que llamar para pedir ayuda, saben reconocer si el paciente esta consciente o inconsciente, pero a la hora de comprobar si respira tienen alguna dificultad. Las maniobras de RCP (30:2) las tienen claras aunque les cuesta colocarse correctamente, los alumnos tienen mas claro el ritmo puesto que recuerdan perfectamente la canción con la que asociamos las compresiones. En cuanto a la PLS sabían colocarlo de lado aunque les ha costado realizarlo correctamente. En los casos de Atragantamiento todos se acordaban de la maniobra de Heimlich pero hemos tenido que insistir en no arrastrar cuerpo extraño si no se ve y en animarlos a toser cuando el atragantamiento no produce obstrucción grave. Tras el repaso de conocimientos salimos bastante satisfechos en cuanto a la adquisición de habilidades para responder ante una situación de urgencia.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos bastante satisfechos de los resultados obtenidos puesto que a pesar de los errores cometidos al realizar las maniobras todos tenían bastante claro las ideas principales. Sería muy importante que todos Alumnos y Profesores pudieran tener una vez al año una sesión de este tipo para afianzar los conocimientos y poder responder adecuadamente ante una situación de urgencia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/602 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0602

Título  
RCP BASICA EN LA ESCUELA

Autores:  
JULIAN MARTINEZ ANA, SUAREZ CRESPO SUSANA, MARTINEZ NAVARRO MARIA CRISTINA, ALONSO VALBUENA AINARA, COMAS RIBAS EDUARDO, MONTERO PEREZ ASCENSION, SOFFIANTINI LOLA, SANCHEZ RUBIO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CEDRILLAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0602

### 1. TÍTULO

#### RCP BASICA EN LA ESCUELA

Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
CON UNA ACTUACION PRECOZ EN LAS SITUACIONES DE URGENCIA VITAL SE AUMENTA LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE. POR ELLO CREEMOS NECESARIO QUE TODO EL MUNDO, ESPECIALMENTE DESDE EDADES PRECOCES, SEPAN IDENTIFICAR Y ACTUAR CORRECTAMENTE ANTE UNA SITUACION DE URGENCIA VITAL.

RESULTADOS ESPERADOS  
- SABER RECONOCER LA PARADA CARDIO-RESPIRATORIA  
- SABER REALIZAR UNA RCP BASICA  
- SABER ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO  
- SABER REALIZAR UNA PLS

MÉTODO  
REALIZAREMOS UNA SESION DIRIGIDA A LOS ALUMNOS Y OTRA DIRIGIDA A PROFESORES, DONDE LES ENSEÑAREMOS A RECONOCER UNA PCR Y COMO ACTUAR ANTE ELLA, COMO COLOCAR AL PACIENTE EN PLS, ASI COMO LA ACTUACION ANTE UN ATRAGANTAMIENTO, TODO ELLO BASADO EN LAS GUIAS DE ERC 2015.

INDICADORES  
SE REALIZARA UNA SEGUNDA SESION EN LA QUE SE VALORARAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS Y SU CORRECTA PUESTA EN PRACTICA, SUBSANANDO LOS ERRORES QUE SE PUDIERAN COMETER Y REALIZANDO LAS ACLARACIONES Y/O DUDAS QUE LES PUEDAN SURGIR A LO LARGO DE LA CLASE PARA FIJAR CORRECTAMENTE LOS CONOCIMIENTOS.

DURACIÓN  
LA PRIMERA SESION SE REALIZARA ANTES DE JUNIO DE 2018 Y LA SEGUNDA CLASE SE REALIZARA EN OCTUBRE DE 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR GIL VALERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CELLA  
· Localidad ..... CELLA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES  
CERESUELA LOPEZ AMELIA  
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Peticion de FGR a los pacientes entre 70 y 85 años cada 6 meses, Estadio de IRC segun el FGR, Hemos creado en OMI el episodio de IRC y estadio, revision de tratamientos y retirada de aines en receta cronica electronica si los tenian pautados de forma cronica,

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No hemos podido obtener cifras de resultados debido al traslado de centro de compañeros e incorporacion de otros nuevos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Algunos de los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada tenian en su receta electronica pautados a demanda AINES y solo con retirarlos y explicarles el mal uso que se hace de ellos su funcion renal se ha normalizado.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/541 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0541

Título  
VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A A 85 AÑOS

Autores:  
GIL VALERO PILAR, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, CERESUELA LOPEZ AMELIA, COSCULLUELA ABADIA ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Valorar la funcion renal en pacientes de 70 a 85 años para evitar el efecto adverso de los AINES sobre todo en personas que cursan con enfermedad renal cronica y edad avanzada.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir el consumo de AINES en pacientes de 70años a 85años.Evitar en la medida de lo posible los AINES en pacientes con deterioro de la funcion renal. Conseguir que la funcion renal no se deteriore o que mejore en estos pacientes.

MÉTODO  
Alos pacientes de las poblaciones diana se les realizara al menos una vez al año una determinacion del filtrado glomerular estimado mediante una analitica y se revisaran los tratamientos.

INDICADORES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0541

### 1. TÍTULO

#### VALORACION DEL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES DE 70 A 85 AÑOS

Se registrara un episodio en OMI con estadio de la funcion renal segun los valores del filtrado glomerular

DURACIÓN  
el proyecto se inicia en abril del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0638

### 1. TÍTULO

#### FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... AMELIA CERESUELA LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS CELLA  
· Localidad ..... CELLA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES  
GIL VALERO PILAR  
COSCULLUELA ABADIA ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
FORMACION EN SALUD. NO SE PUDO REALIZAR EL TOTAL DE SESIONES PROGRAMADAS DEBIDO A QUE LOS HORARIOS CEDIDOS EN EL INSTITUTO DIFICULTABAN MUCHO EL CUMPLIMIENTO DE NUESTRA CONSULTA MÉDICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
MEJORA DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
UNA BUENA PROGRAMACIÓN Y ACUERDO DE HORARIOS PREFIJADOS ES ESENCIAL. TENER CLAROS LOS OBJETIVOS, LA POBLACIÓN A LA QUE VA DESTINADA Y CÓMO SE VAN A MEDIR LOS RESULTADOS

7. OBSERVACIONES.  
SEÑALAR LA DIFICULTAD DE ORGANIZAR UN PROYECTO COMUNITARIO EN EQUIPO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/638 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0638

Título  
FORMACION EN SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Autores:  
CERESUELA LOPEZ AMELIA, OFICIALDEGUI GUEMBE MARIA DOLORES, COSCULLUELA ABADIA ANGEL, GIL VALERO PILAR, GARCIA LOZANO CARMEN, GARCIA MONCLUS AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Información y formación

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Necesidad de dotar a los adolescentes de herramientas para el manejo de su salud, higiene, nutrición. Y de habilidades para detectar y manejar situaciones de riesgo en cuando a discriminación, acoso o maltrato.

RESULTADOS ESPERADOS  
OBJETIVO PRINCIPAL.  
Dotar a los alumnos de herramientas útiles en situaciones cotidianas y de problemática social que se acusa actualmente.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.  
-  
Capacitar para la realización de una Reanimación Cardio  
-  
pulmonar Básica tanto de manera teórica  
como práctica.  
-  
Dar a c

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0638

### 1. TÍTULO

#### FORMACION SALUD FISICA Y EMOCIONAL

Conocer a los alumnos las Enfermedades de Transmisión sexual existentes, vías de prevención y buenos hábitos. Resolver dudas existentes relacionadas con la Educación Sexual.

- Concienciar sobre hábitos saludables generales en salud: Referencia a higiene, alimentación y consumo de drogas.

- Tratar el tema de acoso escolar y discriminación, problema creciente entre nuestros jóvenes, de una manera práctica, cercana y amena

#### MÉTODO

SESIONES Y PONENTES: Sesiones de unos 30-40 minutos en dos grupos a los alumnos de 1º de la ESO (unos 40 alumnos en total) del Instituto de cella

- Buenas Prácticas: Loli Oficialdegui y Carmen Garcia

- RCP BÁSICA (Teoría y práctica): Piral Gil

- Acoso escolar (Proyección de un corto y charla grupal): Carolina Castaño

- Educación Sexual : Lourdes Ortiz

- Vive Sano: Angel Cosculluela y Amparo García

- Discriminación (Cuento para pensar y Dinámica grupal): Amelia Ce

#### INDICADORES

Encuesta de satisfacción y sugerencias

#### DURACIÓN

Se realizan dos sesiones en mayo de 2018 y el resto en septiembre-octubre de 2018 con el inicio del curso

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO MAICAS MAICAS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS CELLA  
· Localidad ..... CELLA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Actividades realizadas/ calendarios marcados  
Durante este tiempo se han realizado varios cursos en:

- 1) La comandancia de Teruel durante el mes de junio de 2018 con 11 guardia civiles del grupo de intervención rápida de la G.Civil (USECIC).
- 2) El puesto de Alcañiz durante el mes de junio con 24 guardias civiles.
- 3) El subsector de tráfico de Teruel 85 asistentes en varios grupos durante el mes de noviembre de 2018.

Quedando pendiente la encuesta de evaluación para evaluar la influencia del paso del tiempo en la formación aportada, esta encuesta se pasará en el último trimestre de 2019 (al final del proyecto).

Las clases se han realizado en 4 horas (Modificando el horario planteado inicialmente, puesto que, por turnicidad, a los equipos de G Civil el incremento de horario les hubiera supuesto una alteración en el desarrollo de sus funciones)

Las clases han sido sectorizadas por temáticas, otorgando:  
- Para el conocimiento de los distintos niveles asistenciales, sus recursos, su disponibilidad en el medio rural y su protocolo de activación 30 minutos -  
- Formación en posición lateral de seguridad y SVB adulto según algoritmo ERC 30 minutos  
- Prácticas en grupos reducidos 120 minutos  
- Formación en obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño y aplicación de DESA 15 minutos  
- Prácticas de OVACE + DESA 30 minutos  
- Encuesta de satisfacción con el curso y dudas 15 minutos

Actividades pendientes para 2019

- \* MARZO formación en la compañía de Mora para todas las agrupaciones de la zona: Rubielos, Alcalá, Sarrión, Mosqueruela...
- \* MAYO formación en la compañía de Calamocha para todas las agrupaciones de la zona: Calamocha, Morreal, Santa Eulalia...
- \* OCTUBRE y NOVIEMBRE formación en la Comandancia de Teruel con las compañías periféricas de Cella, Villel ...

Recursos empleados

- Vehículo propio para los desplazamientos
- Ordenador, rotafolios, rotuladores, cañón y DESA de entrenamiento propio
- Muñecos RCP y mascarillas prestados por Cruz Roja Teruel

Material entregado

- Encuestas de evaluación
- Test de evaluación de conocimientos validado por SESCAM (se entregará en 2019)
- Algoritmo ERC

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al ser una memoria continuación no podemos valorar todavía muchas de las metas que teníamos marcadas.

Pero, lo que si podemos indicar es que el nivel de satisfacción de los alumnos es superior a las expectativas, objetivándolo por la valoración otorgada en la encuesta de evaluación. También podemos indicar que el nivel de interés y la calidad de las preguntas y aportaciones es superior al de cursos realizados con otros perfiles de alumno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Mejoras  
- El tiempo para la formación del contenido expuesto anteriormente es muy ajustado y seguiremos intentando convencer a los mandos para que nos concedan más tiempo para prácticas.  
- Los grupos oscilan en cuanto a volumen y hemos tenido algún grupo de hasta 32 personas, siendo nuestro objetivo inicial máximo de 8 alumnos por docente (28 alumnos), dado que somos 3 docentes contando la Teniente enfermera Pilar Adrian, pero nos hemos visto obligados a realizarlos de todas formas ya que no podían sectorizar la compañía en más días.

Pendientes

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Como hemos comentado antes, nos quedaría:

- Recopilar y analizar los resultados encuestas de evaluación de conocimientos y el efecto del tiempo sobre ellos
- Las compañías antes expuestas de Mora, Calamocha, y Teruel con un volumen importante de alumnos

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1483 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1483

Título  
ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

Autores:  
MAICAS MAICAS FERNANDO, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CELLA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Parada cardiorespiratoria  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: correcta aplicación de la cadena de la vida mejorando pronostico y evolución del paciente

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Este proyecto nace como respuesta a una necesidad comunitaria  
: Desde atención continuada hemos percibido que cada vez que se produce un incidente importante en vía pública: accidente de trafico, PCR, sincope... los primeros en acudir al lugar del suceso son los compañeros de la Guardia Civil.

Esto es debido a que Guardia Civil acude directamente con las unidades que tienen desplegadas, mientras nosotros tenemos que:

1. Desalojar los posibles pacientes no urgentes que tenemos en el centro de salud.
  2. Realizar desvíos telefónicos.
  3. Colocar carteles en las puertas y cerrar el centro.
  4. Cargar el vehículo con el material adecuado para cada incidente.
  5. Acudir con un vehículo sin rotativos ni prioritarios desde el punto de atención continuada hasta el lugar del incidente (que puede estar en otro pueblo)
- Por lo expuesto anteriormente al acudir los primeros, Guardia Civil se ve obligada a realizar una actuación de soporte vital básico durante unos 10-12 minutos (hasta la llegada del equipo sanitario) para los que muchas veces la formación recibida esta desactualizada y es muy limitada .Dándose casos en los que por el volumen de las promociones, ni siquiera han tenido la oportunidad de realizar prácticas de RCP.  
La detección del problema ha surgido de los propios compañeros de guardia civil, que en las últimas actuaciones nos han planteado el poder formarles en esta materia  
Estos primeros minutos, con una atención correcta son vitales, ya que en una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño, en una parada cardio-respiratoria ... además de mejorar el pronostico de nuestra atención pueden salvar la vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS  
Conocer los distintos niveles asistenciales y su disponibilidad en el medio rural.  
Conocer los procedimientos de activación y el tiempo estimado de llegada de los recursos sanitarios.  
Conocer los recursos sanitarios de cada zona.  
Reconocer signos y síntomas de alerta y actuación inmediata  
Conocer la secuencia actualizada de actuación en parada cardiorespiratoria  
Demostrar mediante examen práctico la correcta actuación ante parada cardiorespiratoria  
Conocer la funcionalidad y demostrar mediante práctica la correcta colocación del paciente en posición lateral de seguridad  
Demostrar mediante practica la correcta actuación ante obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño  
Demostrar mediante práctica la correcta colocación y conocimiento del funcionamiento de un desfibrilador semiautomático.

#### MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1483

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA GUARDIA CIVIL EN ZONA BASICA DE SALUD

El curso se desarrollara en un modulo presencial de 8 h de duración divididas en dos dias:

Un primer día 5 horas en el que se realizara:

- Una primera parte teórica en la que aprenderán técnicas y conocimientos de Soporte vital básico, posición lateral de seguridad, obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño  
Una segunda parte en la que llevaran a la práctica mediante casos clínicos lo aprendido anteriormente

Un segundo día 3 horas en el que se realizara:

práctica con casos clínicos

#### INDICADORES

Realizaremos un práctico antes y después de las clases para conocer si se han mejorado los conocimientos y el aprendizaje ha sido fructífero

El examen consistirá en un tipo tes de 10 preguntas con una sola respuesta verdadera.

También se realizara un examen práctico siguiendo los algoritmos ERC en atención de pacientes en Parada Cardiorespiratoria

#### DURACIÓN

El curso durara 8 horas y se realizara en función de los horarios que nos indique comandancia, siendo posible la sectorización en 2 días

El proyecto abarca toda la provincia de Teruel lo que implica que por volumen de alumnos la duración seria de junio de 2018 a junio de 2019 (un año)

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

### 1. TÍTULO

#### NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ..... FELIX PEÑA CLEMENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MONREAL DEL CAMPO  
· Localidad ..... MONREAL DEL CAMPO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunida en salones de ayuntamiento la poblacion de Bañon y de Cosa en diferentes fechas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Motivacion en la alimentacion de ancianos y en diferentes patologias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Frecuentes preguntas, respecto a la alimentacion en diferentes patologias y buena implementacion de las mismas, con mejoría respecto a cifras anteriores (Glucemia,HTA...)

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1323 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1323

Título  
NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

Autores:  
PEÑA CLEMENTE FELIX

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONREAL DEL CAMPO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
- Análisis de la Situación:  
Población muy envejecida en la zona básica de salud  
Problemas de mala dentición  
Patologías diversas y frecuentes  
Soledad y carencias de relaciones y contactos

RESULTADOS ESPERADOS  
- Objetivos del Proyecto:  
Involucrar a las personas ancianas en la importancia de su alimentación.  
Mejorar la nutrición en estas edades  
Adecuación de la alimentación a sus diversas patologías  
Asumir la realización de ejercicio físico

MÉTODO  
- Actividades prescritas:  
Charlas y reuniones participativas mensuales en cada población

INDICADORES  
Mejora en el estado de salud de la población tras controles de TA, Glucemia y Colesterol.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1323

### 1. TÍTULO

#### NUTRICION EN LA TERCERA EDAD

##### DURACIÓN

##### - Calendario:

Una vez al mes en cada población comenzando el 1 de septiembre de 2018.  
Si es preciso, se repetiría en el mismo mes.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

### 1. TÍTULO

#### ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO BURILLO LAFUENTE  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS  
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE MARTIN LAURA  
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA  
GÜELL AYUDA JUAN  
MORA PALOMARES DOMINGO  
VIVO LAZARO JOSE LORENZO  
ARGILES HERNANDEZ LUISA  
CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

De entre las múltiples actividades y servicios a ofertar planteados en la pasada convocatoria, han sido realizados dos:

+ Sesión grupal, con soporte informático en formato presentación con una configuración participativa e integrativa con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar, con repaso al concepto de EPOC, su cribado, diagnóstico, tratamiento farmacológico y no farmacológico, con especial hincapié en el papel relevante de la fisioterapia en el entrenamiento general y específico, en sus respectivas modalidades, así como el seguimiento según diversas guías de consenso (GOLD 2018 y GesEPOC 2018).

+(Parcialmente) Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este. El control médico quedó plasmado en la realización en consulta personal del CAT (COPD Assessment Test), mMRC y orden de espirometría basal y prueba broncodilatadora, concurrente con el seguimiento estándar para los pacientes incluidos en cartera clínica de EPOC.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a las sesiones, estas fueron finalmente divididas en 3 sesiones informativas, para mejor seguimiento de los asistentes, y contaron con un excelente grado de aceptación y valoraciones respecto a calidad y contenidos. Sin embargo, la aplicación práctica de los contenidos se mostró dificultosa, haciéndose palpable la necesidad de incrementar el contenido práctico con casos reales para una mejor transferencia de conocimiento.

En cuanto al control médico, varios factores contribuyeron a la progresión parcial de este aspecto (y a la progresión total de otros objetivos). Por una parte, la onerosa carga de trabajo convencional en el personal médico y de enfermería favoreció una dinámica sub-óptima de consecución de tiempos de trabajo. Por otra, se produjeron sendas averías del equipo disponible para realización de espirometrías en el centro, originando demoras no computables a los recursos humanos.

El espíritu colaborativo y diligente del personal de enfermería hizo que la ejecución de las pruebas en pacientes poco colaboradores o con dificultades en la comprensión de la técnica espirométrica se realizase con presteza. En este sentido, la experiencia acumulada de pacientes y profesionales se mostró como un elemento indispensable para la consecución de pruebas aceptables y reproducibles.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

+ La realización rutinaria y con mayor frecuencia de las actividades planteadas en el presente programa promueve la eficiencia y calidad de las mismas.

+ Resulta necesario re-evaluar las dinámicas de trabajo grupal e individual para promover la participación activa de todos los profesionales implicados.

+ Dada su ejecución parcial dentro del cronograma marco original -con un fin proyectado para el tercer trimestre de 2019- y ya iniciadas las buenas prácticas para que las dinámicas de trabajo sean de mayor eficacia y eficiencia, resulta recomendable el seguimiento del proyecto.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/241 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0241

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

### 1. TÍTULO

#### ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Título  
ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

Autores:  
BURILLO LAFUENTE MARIO, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, GÜELL AYUDA JUAN, MORA PALOMARES DOMINGO, VIVO LAZARO JOSE LORENZO, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, CLEMENTE IBAÑEZ FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En línea con otros proyectos desarrollados en el centro, se han detectado oportunidades de mejora en la detección y manejo de los pacientes con EPOC.

El tratamiento fisioterápico para el manejo complementario de la EPOC puede resultar conveniente para obtener un mayor control de la enfermedad y aumentar los niveles de actividad de los pacientes, de acuerdo con las recomendaciones de GesEPOC 2017. A consecuencia de ello, es posible una reducción del consumo de medicación así como el número y gravedad de las exacerbaciones. Entre las opciones de tratamiento de fisioterapia, el entrenamiento de la musculatura respiratoria se revela como una herramienta especialmente adecuada entre poblaciones con gran dispersión geográfica, dada su sencillez de uso y escasa necesidad de supervisión por parte del personal asistencial.

Estas líneas de acción, globales al manejo de la enfermedad, siguen los criterios internacionales marcados por GOLD 2017.

RESULTADOS ESPERADOS  
+ Aumentar la fuerza de la musculatura respiratoria en los pacientes EPOC de la zona de salud.  
+ Disminuir el número y gravedad de las exacerbaciones relacionadas con la enfermedad, precisen o no ingreso hospitalario.  
+ Disminuir la cantidad y/o gravedad de los síntomas propios de la enfermedad.  
+ Disminuir el consumo de medicación para el control de la enfermedad.  
+ Disminuir la carga económica para el sistema sanitario, haciendo un uso más eficiente de los recursos materiales y humanos.

MÉTODO  
+ Realización de seguimientos semanales individualizados con medición de PIM-PEM y reajuste de pauta de entrenamiento durante el periodo de intervención (3 meses) por fisioterapia.  
+ Control semanal de registro de síntomas.  
+ Control médico mensual durante el periodo de entrenamiento y control trimestral fuera de este.  
+ Sesión individual para los pacientes de instrucción sobre pautas de entrenamiento y criterios de mantenimiento de los instrumentos de entrenamiento por fisioterapia.  
+ Sesión individual para los pacientes a fin de proyecto para transmitir logros personales y pautas para mantenerlos por fisioterapia.  
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial sobre la EPOC y su gestión, desde el enfoque estrictamente fisioterápico y multidisciplinar.  
+ Sesión grupal con los miembros del equipo asistencial a fin de proyecto para evaluación de logros y valoración de posibilidades de mejora.

El entrenamiento se realizará con el dispositivo de entrenamiento personal de los pacientes.

INDICADORES  
Los indicadores que se van a evaluar son los siguientes:

- + >10% pacientes retiran recetas de corticoesteroides, BDCD o BDL, según e-receta
- + >10% pacientes que reducen nº de síntomas respecto a situación basal
- + >10% pacientes que reducen gravedad de síntomas respecto a situación basal
- + >5% pacientes que reducen nº de ingresos hospitalarios por causas relacionadas con la EPOC respecto al año anterior

La evaluación de los indicadores se realizará mediante revisión de la Historia Clínica en OMI-AP (para la valoración de síntomas) y de Historia Clínica Electrónica para todos los pacientes incluidos en el programa.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0241

### 1. TÍTULO

#### ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA RESPIRATORIA EN LA EPOC

##### DURACIÓN

Inicio 3er trimestre 2018 y finalización 3er trimestre 2019

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA BRUN IZQUIERDO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS  
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUYES MARTINEZ JORGE  
ARGILES HERNANDEZ LUISA  
AZNAR MORRO JOSE  
LAZARO CURIA JAVIER  
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA  
VICENTE MARTIN LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro proyecto se pretendía realizar talleres en los dos colegios que tiene nuestra zona básica de salud, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.

Inicialmente contactamos con los directores de ambos colegios, con el CRA de Rubielos contactó Marian y con el de Mora Ana.

El 15 de Mayo llevamos a cabo los talleres en el CRA Pórtico de Aragón que incluye las aulas de Alcalá de la Selva, Fuentes de Rubielos, Camarena de la Sierra, Valbona, Rubielos de Mora y La Puebla de Valverde, con un total de 124 alumnos de educación infantil y primaria, y un total de 22 profesores.

Los talleres se realizaron en " El Día del CRA" en la localidad de Nogueruelas, es un día de convivencia que realizan todos los años en el que participa toda la comunidad educativa, alumnos, profesores, padres y realizan diferentes actividades. C Este año habían diferentes talleres por los que iban rotando los niños y uno de ellos era el de Primeros Auxilios.

Cuando el colegio nos ofreció la posibilidad de hacerlo ese día nos pareció muy buena idea, porque al ser un CRA hay aulas donde hay mucha diversidad de edades y así allí podíamos hacer grupos más homogéneos y resultaba más fácil impartir los talleres, ya que teníamos diferentes talleres preparados y materiales para las diferentes edades. Y además podían estar los padres y ver lo que aprendían sus hijos y la importancia de ello, y a su vez hacer más extensiva esta formación, aunque fuese solo como espectadores.

Se distribuyeron los grupos de la siguiente manera:

Infantil (3 a 5 años) con un total de 43 alumnos divididos en dos grupos.

Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) con un total de 39 alumnos, divididos en dos grupos.

Segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) con un total de 42 alumnos, divididos en dos grupos.

Los talleres se impartieron a unos 20 niños por taller para poder estar en el momento de la práctica con 10 niños más o menos cada una de las enfermeras que fuimos, para poder corregir de manera adecuada y que todos pudiesen realizar la práctica, y en el caso de los más pequeños con los peluches ir ayudándoles también. Los profesores que acompañaban a cada grupo de niños también nos ayudaron ya que ellos habían recibido desde el centro de salud el año anterior la formación en primeros auxilios.

En el grupo de infantil el taller duró 30 minutos y se realizaron las siguientes actividades:

- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Les presentamos a modo de juego el teléfono de emergencias 112, enseñándoselo en diferentes teléfonos fijos, en los móviles, y explicamos cuando llamen a emergencias ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicamos con el peluche.
- Aprendieron una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen. <https://youtu.be/grSw0iRBPJs>

En el grupo de Primer ciclo de primaria (6 a 8 años) el taller duró 50 minutos y se realizaron las siguientes actividades:

- Cada niño trajo un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprendieron a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pusieron a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardiaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprendieron una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita, a la vez que se canta se van haciendo las maniobras. <https://youtu.be/56PrvOfEqHQ>

<https://youtu.be/3NH847iOXic>  
En el grupo de segundo ciclo de primaria (9 a 12 años) el taller duró 50 minutos, y se realizaron las siguientes actividades:

- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardiaco)
  - Prácticas con maniqués del masaje cardiaco.
  - Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
  - Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda. <https://youtu.be/HUE9svt2v8A>
- Los recursos materiales utilizados fueron el ordenador y proyector del colegio y los maniqués para la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

práctica de RCP en los más mayores que nos los prestaron desde la dirección de atención primaria.

Los powerpoints fueron elaborados por el equipo, en un principio Ana hizo un esbozo y posteriormente se fueron completando y modificando con el resto del equipo. Basándonos en las recomendaciones de la ERC 2015 y en otras presentaciones utilizadas en un proyecto de talleres de primeros auxilios en escolares con años ya de experiencia y con muy buenos resultados en Asturias, "Con tus manos puedes salvar vidas" de ahí el nombre de nuestro proyecto, los cuales comparten sus presentaciones y canciones para todo el que quiera. Ana se puso en contacto con ellas y le enviaron todo el material.

También se elaboró una pegatina en forma de ambulancia con el 112 visible y donde pone su dirección, para que lo dejen al lado del teléfono de casa y así puedan saber correctamente la dirección y que lo puedan poner en casa de familiares también.

Los enlaces de las canciones que se utilizaron para enseñar, se pasaron a los padres a través del colegio para que pudiesen cantarlas con sus hijos y así que las vayan recordando y aprendan el número 112 y ya de paso los padres puedan aprender. También los maestros se comprometieron a ir recordándolas en el cole.

Los talleres se llevaron a cabo por Ana M<sup>a</sup> Brun Izquierdo y una estudiante de enfermería Belén Redón que se encontraba en ese momento en prácticas en el Centro de Salud.

Con el Colegio de Mora de Rubielos, nos pusimos en contacto a finales del curso anterior y nos dijeron que nos tendrían en cuenta en la planificación del curso 2018-2019, los talleres se llevarán a cabo entre el segundo y tercer trimestre.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar el taller los alumnos sabían realizar las maniobras explicadas, posición lateral de seguridad, masaje cardiaco, activar servicio de emergencias, actuación ante un atragantamiento... se fue evaluando mientras se hacía la práctica

La participación ha sido del 100%, ya que al hacerse en horario lectivo todos los niños acuden a la escuela por lo que se llega al total de la población a la que iba destinado el proyecto.

Los niños disfrutaron con los talleres, estuvieron participativos y atentos.

Los maestros quedaron satisfechos con los talleres y les gustaría que sigamos impartiendo en años consecutivos, así nos lo hicieron saber al terminar los talleres y posteriormente.

Así como los padres que asistieron ese día nos transmitieron que consideran importante la enseñanza en primeros auxilios a sus hijos y que les gustaría también algún taller para padres, que puede ser un próximo proyecto.

Al ser la primera vez que recibían ese tipo de formación habrán cosas que se irán olvidando, es por ello, que se pretende volver al año siguiente para recordar conocimientos y que se vayan quedando grabados en los niños, y ya sea recordar y practicar lo que aprendieron el año anterior.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo es muy satisfactoria ya que se han cumplido las expectativas.

No se realizó encuesta a los niños porque son pequeños y queríamos que fuese más práctico, estamos valorando en que la próxima vez que vayamos al cole los primeros minutos en lugar de empezar ya con la teoría, preguntar y ver que es lo que van recordando, todo de manera lúdica, sin que se sientan examinados, no olvidemos que son niños. Y pasar una encuesta de satisfacción a los profesores.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/618 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0618

Título  
TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

Autores:  
BRUN IZQUIERDO ANA MARIA, AGOUES MARTINEZ JORGE, ARGILES HERNANDEZ LUISA, AZNAR MORRO JOSE, LAZARO CURIA JAVIER, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, VICENTE MARTIN LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: EDUCACIÓN PARA LA SALUD  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618

### 1. TÍTULO

#### TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"

##### PROBLEMA

En España ocurre una parada cardíaca súbita cada 20 minutos. Si se suman los fallecimientos por atragantamiento o por parada respiratoria en personas inconscientes debida a la obstrucción de la vía aérea por la propia lengua del paciente, el resultado es impactante.

Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarlo.

Día tras día somos testigos de la poca formación sanitaria, las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere.

En los Países nórdicos hasta el 70% de los pacientes que sufren una parada cardiorespiratoria (PCR) presenciada llegan al hospital con vida tras ser reanimados precozmente por los testigos. En España no superamos el 10% de paradas cardíacas extrahospitalarias recuperadas.

¿Qué es lo que marca la diferencia? La enseñanza de primeros auxilios y maniobras de atención a la emergencia en las edades tempranas de la vida. Aquellas en las que los conocimientos se aprenden y mecanizan sin miedos, dudas ni prejuicios. Enseñan a sus niños y jóvenes. Y los enseñan en los lugares por los que pasará más del 90% de la población en edad escolar: en los colegios e institutos.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños adquieran conocimientos para saber actuar ante una situación de emergencia, muerte súbita, atragantamiento, inconsciencia:

- Conocer el teléfono de emergencias 112 y utilizarlo adecuadamente.
- Maniobra frente-mentón para abrir la vía aérea.
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reconocer si respira o no.
- Masaje cardíaco.
- Maniobras de desobstrucción de la vía aérea por atragantamiento.

##### MÉTODO

Los colegios de nuestra zona básica de salud son dos, el Colegio Público San Miguel de Mora de Rubielos y el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) Pórtico de Aragón.

Las actividades varían en función de la edad de los escolares, por lo que las hemos dividido en varios grupos. 3 y 4 años (1º y 2º de infantil)

- El taller durará 30 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardíaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción muy sencilla para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor, que es lo más importante del taller, dada la edad que tienen.

5, 6 y 7 años (3º de infantil, 1º y 2º de primaria)

- El taller durará 50 minutos
- Traerá cada niño un peluche al taller para realizar las prácticas con el peluche.
- Conocer el número de emergencias el 112: ¿qué me van a preguntar? ¿qué tengo que decir?
- Saber diferenciar entre dormido e inconsciente.
- Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS (pondrán a un adulto para que aprendan y vean que son capaces de hacerlo aunque sean pequeños) respira o no, masaje cardíaco, 5 golpes en la espalda y 5 maniobra de heimlich en un atragantamiento, todo esto lo practicaremos con el peluche.
- Aprenderemos una canción donde se repasa todo lo que deben hacer ante una inconsciencia y una muerte súbita.

8 a 12 años (3º, 4º, 5º y 6º de primaria)

- El taller durará 50 minutos.
- Presentación de powerpoint: 112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP sólo con las manos (Masaje cardíaco)
- Prácticas con maniqués del masaje cardíaco.
- Prácticas de PLS y atragantamiento por parejas.
- Visualización de un video de simulación de las diferentes situaciones junto con una canción con letra referente al tema. "Tus manos pueden salvar vidas" del grupo Cero a la Izquierda.

##### INDICADORES

Que los niños al finalizar el taller sepan realizar las diferentes maniobras de forma adecuada.

##### DURACIÓN

Durante el curso escolar se planificarán los talleres de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales sanitarios y de los maestros.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0618**

**1. TÍTULO**

**TALLERES DE PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, "TUS MANOS PUEDEN SALVAR VIDAS"**

OBSERVACIONES

En el curso anterior ya se les dio un taller de primeros auxilios a los profesores, para que ellos ya sean conocedores del tema en mayor profundidad.  
En la RCP solamente se enseña el masaje cardiaco ya que son muy pequeños y el realizar las ventilaciones les puede resultar muy difícil y no ser efectivas, por lo que se perdería un tiempo importante, es por ello que se realiza sólo masaje cardiaco.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA ARNAU FUERTES  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS MORA DE RUBIELOS  
· Localidad ..... MORA DE RUBIELOS  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA  
BRUN IZQUIERDO ANA  
COBOS COBOS MARCELO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Primeros auxilios en los bebés, desarrollo psicomotor del bebé, alimentacion complementaria, lactancia materna, vivencia del nacimiento, sexualidad en el postparto, controles de salud habituales, beneficios del masaje infantil, canciones de estimulación y juegos de estimulación, yoga y relajación en conjunto. Pequeñas meditaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El proyecto es conocido en el centro de salud, las mujeres al terminar la curentena preguntan por el. Acuden las que están más cerca con frecuencia, siguen acudiendo al centro de salud hasta que comienzan a trabajar...

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Acuden las mujeres autoctonas y que conocen bien el idioma, abandonan cuando comienzan a trabajar o cuando el bebé ya se mueve mucho... algunos a los 10 meses. La lejanía al centro hace que no acudan las de los pueblos más alejados. En el colectivo magrebi no está tan extendido quizás por las relaciones que tienen en su familia o amistades que sirven de soporte.  
Estamos contentos por la acogida de las mujeres y sus intervenciones... entre ellas entablan relaciones de ayuda y consejo.  
Seguiremos el próximo año pues siguen acudiendo un 50% aproximadamente de las mujeres que van teniendo niños. Un proyecto reconfortante y sostenible y replicable en otros centros.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/570 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0570

Título  
CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SUS PRIMEROS MESES

Autores:  
ARNAU FUERTES ALICIA, ROCA MUÑOZ MARIA ANTONIA, COBOS COBOS JOSE MARCELO, BRUN IZQUIERDO ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MORA DE RUBIELOS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología .....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Las mujeres durante los cursos de embarazo preguntan sobre la continuidad de encuentros en el postparto. Los primeros meses de la crianza y maternidad - paternidad son un periodo vulnerable y sensible emocionalmente: donde ha cambiado el rol, se adaptan al bebé, crean vínculos, se planifican y se encuentra un nuevo equilibrio. Existe la posibilidad de depresión postparto

RESULTADOS ESPERADOS  
Crear un espacio de encuentro para compartir la experiencia del parto, la crianza, la maternidad, la nueva

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0570

### 1. TÍTULO

#### CUIDADOS A LA MUJER EN EL POSTPARTO Y AL BEBE EN SU PRIMEROS MESES

paternidad y la evolucion de la sexualidad.  
Conocer ejercicios para tonificar el cuerpo y el suelo pélvico  
Saber los controles pediátricos prevencion con vacunas, desarrollo del bebé, alimentacion complementaria, prevencion de accidentes, etc

#### MÉTODO

Se hacen clases de YOGA MAMA-BEBÉ. Y los 10 últimos minutos se tratan temas de:  
- compartir experiencia del parto (escribirlo)  
- alimentacion del bebé (triptico) primeros meses lactancia elegida y alimentacion complementaria  
- idealizacion del puerperio: maternidad, paternidad (verbalizar) roles familia  
- desarrollo del bebé: psicomotor  
- sexualidad en el postparto: planificacion (ver métodos)  
- el sueño del bebé, el llanto  
- prevencion accidentes domesticos, seguridad vial

#### INDICADORES

asistencia a los cursos:  
numero de mujeres que acuden / numero de mujeres que han parido  
nº de clases que acuden/ nº clases total

#### DURACIÓN

dura 7 semanas...  
Alicia hace la práctica de ejercicios y algun tema de matrona  
Marcelo desarrollo psicomotor del bebé, consultas frecuentes,...  
Marian prevencion accidentes domésticos, seguridad vial...  
alimentacion complementaria, sueño y llanto del bebé, etc...  
Ana compartiendo con Marian temas

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCOS TENA CAMPOS  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MOSQUERUELA  
· Localidad ..... MOSQUERUELA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN  
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Actividades realizadas:

1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.

2ª Reunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos una tabla que relaciona los alimentos según la cantidad de vitamina K que poseen, para orientar a los asistentes en la dieta recomendable en pacientes con acenocumarol.

3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 10 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.

4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora. Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen qué es para ellos un anticoagulante, cuáles son sus indicaciones y cuáles son las interacciones relacionadas con los alimentos y otros medicamentos. Además se hace hincapié en la peligrosidad de administración de medicación intramuscular en este tipo de pacientes. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo las patologías en las que está recomendada la toma de anticoagulantes, signos y síntomas de sangrado y exceso de medicación en sangre y pautas básicas de actuación en caso de complicaciones. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y la hoja de alimentos ricos en vitamina K. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.

5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición ( sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repetir la charla periódicamente.

-Cronograma:

1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 5 trabajadores de la residencia y 1 de ayuda domiciliaria.

2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.

4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

Realización de la charla: 31/05/2018 y 01/06/2018. El día 31 en Mosqueruela asisten 44 personas, y el día 1, 43 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.

5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:

Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar que, o bien estaban en tratamiento con anticoagulantes, o cuidaban a algún familiar/ paciente.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Resultados alcanzados:

Tras la charla, todos los teses superaron el 90% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes acerca del tratamiento con anticoagulantes. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud en el

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0399

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

área tratada.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/399 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0399

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE

Autores:  
TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los pacientes demandan continuamente en consulta información sobre interacciones farmacológicas y alimentarias con los tratamientos anticoagulantes. Es importante dar información clara sobre las interacciones farmacológicas y alimentarias para evitar las complicaciones con los anticoagulantes orales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Emponderar a los pacientes para aumentar los conocimientos sobre las interacciones medicamentosas y alimentarias. La población a la que se dirige es la que esté en tratamiento con anticoagulantes orales (warfarina y acenocumarol).

#### MÉTODO

Todos los pacientes anticoagulados, realizarán anualmente un cuestionario/entrevista, sobre manejo, riesgos, alimentación, etc. de anticoagulantes. Los miembros del equipo desarrollarán un cuestionario para los pacientes. Se implementarán dos reuniones de trabajo, una cada cuatro meses para valorar el resultado sobre los pacientes.

#### INDICADORES

Número de pacientes a los que se les entrega la encuesta.

#### DURACIÓN

Inicio en mayo del 2018. Se espera una duración continuada a lo largo de varios años.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

### 1. TÍTULO

#### AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CARMEN SANCHEZ SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS MOSQUERUELA  
· Localidad ..... MOSQUERUELA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TENA CAMPOS MARCOS  
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Actividades realizadas:

1ª Reunión de equipo, para diseñar el formato de la charla, y se invita a participar a los trabajadores de la residencia de ancianos y al personal de ayuda domiciliaria de la zona, para colaborar en el contenido del powerpoint.

2ª Reunión de equipo, en el que los miembros del equipo colaboran en la estructura y formato de las diapositivas. Se decide incluir imágenes para facilitar la asimilación de conceptos. Planteamos hacer una introducción oral y una lluvia de ideas de los asistentes para medir el nivel de conocimientos y déficits en el tema a exponer, así como sus inquietudes. También creamos un esquema plastificado de bolsillo en el que, mediante imágenes, se muestran las pautas de actuación y detección de síntomas de alarma.

3ª Reunión de equipo. Se elabora el cuestionario de evaluación de los asistentes para determinar el nivel de conocimientos adquiridos. Se formulan 12 ítems con 3 respuestas, siendo una de ellas verdadera.

4ª Reunión de equipo, para determinar las fechas y lugar de realización, acordando realizar una sesión en el centro de salud de Mosqueruela y otra en el salón de actos del ayuntamiento de Linares de Mora. Realización de la charla: Tras la presentación de los ponentes y recordar el tema a tratar entre los asistentes, a modo de introducción, en una pizarra, anotamos las ideas y cuestiones que se presentan para abordar el tema (feedback). Los asistentes definen ictus y cómo se debería actuar. Se pasa posteriormente el powerpoint explicativo, describiendo la patología, signos y síntomas de alarma y pautas básicas de actuación. Tras finalizar la misma, damos un tiempo para que los asistentes planteen dudas y sugerencias. Después se les da entrega del cuestionario de evaluación y el esquema plastificado. Se corrigen y comentan las preguntas realizadas, haciendo hincapié en los puntos más relevantes.

5ª Reunión de equipo. Se realiza evaluación general post-exposición ( sensibilización, conocimientos adquiridos, aceptación en la comunidad...), dejando abierta la posibilidad de repetir la charla periódicamente.

-Cronograma:

1ª reunión: 20/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes, 3 trabajadores de la residencia y 2 de ayuda domiciliaria.

2ª reunión: 27/04/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

3ª reunión: 09/05/2018. Asisten los responsables, otros componentes y pediatra.

4ª reunión: 11/05/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

Realización de la charla: 24/05/2018 y 25/05/2018. El día 24 en Mosqueruela asisten 32 personas, y el día 25, 41 en Linares de Mora, siendo mayoritaria la representación de mujeres.

5ª reunión: 20/09/2018. Asisten los responsables y otros componentes.

-Acciones para comunicar el proyecto y sus resultados a profesionales y/o pacientes. Materiales utilizados: Se realizan bandos en ambos municipios días antes de las charlas y carteles informativos en tiendas locales, consultorios locales y centro de salud de Mosqueruela. También se usa el Whatsapp municipal con un mensaje divulgativo.

-Actividades de evaluación:

Se valoran los conocimientos con el cuestionario de evaluación, se corrige entre todos los participantes. Además se aprovecha en consultas de enfermería posteriores para determinar los conocimientos alcanzados en personas al azar.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Resultados alcanzados:

Tras la charla, todos los teses superaron el 80% de aciertos, por lo que consideramos que la población quedó sensibilizada sobre los aspectos más importantes del tema ictus. Además algunos teses realizados al azar a pacientes que no asistieron a la charla, mostraron peores resultados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-LECCIONES APRENDIDAS: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Resulta interesante realizar periódicamente este tipo de intervenciones en la comunidad puesto que se obtienen resultados óptimos de asistencia y se aumentan los conocimientos para mejorar la promoción de la salud.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0400

### 1. TÍTULO

#### AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/400 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0400

Título  
AUTODETECCION DE SINTOMAS DE ALARMA DE ICTUS EN LA COMUNIDAD

Autores:  
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, TENA CAMPOS MARCOS, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La población desconoce los signos y síntomas de alarma de ictus y la necesidad de una atención precoz.

RESULTADOS ESPERADOS  
Concienciar y explicar a la población adulta de la importancia en la detección de los signos y síntomas de ictus.

MÉTODO  
Se realizarán reuniones de equipo para preparar los talleres dirigidos a la población susceptible.

INDICADORES  
Se registrará el número de asistentes a los talleres, así como el número de reuniones realizadas

DURACIÓN  
El proyecto se iniciará a partir de mayo del 2018 y continuará en años sucesivos.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Mejora de la Práctica Clínica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

### 1. TÍTULO

#### NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARCELO COBOS COBOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS MOSQUERUELA  
· Localidad ..... MOSQUERUELA  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
TENA CAMPOS MARCOS  
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN  
OLIVAS GUILLEN VALERIANO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo varias reuniones entre los profesionales del equipo que vamos a impartir los talleres para la elaboracion y preparacion del material a emplear en los diferentes talleres, acordar la dinamica y la participacion de cada uno de nosotros durante el mismo, se elaboro un power point para la presentacion., ademas de realizar las ultimas recomendaciones bibliograficas de las guias de AHA y ERC.

Nos pusimos en contacto con los directores de los colegios para acordar las fechas para la realizacion de los talleres.

Solicitamos a la gerencia de atencion primaria del Sector Teruel para que se nos pueda prestar los maniquis para poder realizar las practicas de los talleres.

Los talleres se realizaron con la participacion de todos los alumnos de primaria de los colegios de Linares de Mora, Valdelinares y Mosqueruela.

En tres sesiones, 1 cada colegio respectivamente.

Cada sesion tuvo una duracion aproximadamente de 1 hora, la sesion estuvo dividida en dos partes primera una introduccion teorica con la ayuda del power point, luego la realizacion de la practica con la participacion de todos los niños y para finalizar la proyeccion de un video con una cancion para la familiarizacion de los niños con el taller realizado.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de este proyecto a sido muy importante ya que nos ha ayudado a ponernos en contacto al personal sanitario (medicos y enfermeras) del centro de salud de Mosqueruela con los 3 colegios de la zona tanto con su profesorado como con sus alumnos.

Los alumnos han recibido un conocimiento basico de que es una Reanimacion Cardio pulmonar Basica y que se debe hacer ante esta situacion.

Poder indentificar un caso en el que una persona (familiar o extraño) se encuentre inconciente y que se debe hacer.

Ante una urgencia que se debe hacer y aviasr de forma inmediata a los servicios de Urgencias. (numeros telefonicos) 061 - 112

Les recordamos en varias ocasiones la forma correcta de dar un aviso y que es lo primero que se debe realizar.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debo expresar que este proyecto ha sido personalmente un reto y algo muy gartificante.

Hemos tenido una muy buena acogida por parte de todos los colegios (Mosqueruela, Linares y Valdelinares), tanto por parte de los maestros y alumnos.

Los maestros nos han agradecido la implementacion de este taller nos han extresado que les gustaria que continuaramos con este proyecto o similares.

Todos los niños se han aprendido la cancion del RCP.

Tenian mucha curiosidad de ver y tocar manipular (los maniquis) de las practicas, estuvieron entusiasmados de realizar las practicas.

Concluimos que todas las personas podemos salvar una vida incluso un niño.

Es necesario tener la formacion adecuada y los conocimientos respectivos de que hacer y como actuar ante una persona inconciente o RCP.

Estos conocimientos en edad escolar nos puede ayudar a salvar muchas vidas.

El profesorado y sus alumnos nos han expresado un gran interes por esta actividad.

#### 7. OBSERVACIONES.

Queremos darle una continuidad a este proyecto debido al gran interes expresado por parte de sus maestros y alumnos por el conocimiento de este taller.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/472 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0472

Título  
NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

Autores:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0472

### 1. TÍTULO

#### NO NECESITAS PODERES PARA SALVAR VIDAS

COBOS COBOS JOSE MARCELO, TENA CAMPOS MARCOS, SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN, OLIVAS GUILLEN VALERIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MOSQUERUELA

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Parada cardiorrespiratoria  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Es importante desde el principio de la vida que los más pequeños se familiaricen y adquieran habilidades de conceptos y prácticas elementales para detectar situaciones de compromiso vital.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La población infantil conocerá los eslabones de la cadena de supervivencia, así como las maniobras básicas de reanimación y saberlas poner en práctica.

#### MÉTODO

Se realizarán reuniones de equipo para preparar talleres dirigidos a la población seleccionada.

#### INDICADORES

Se registrará el número de asistentes al taller teórico práctico así como el número de reuniones realizadas entre los miembros del equipo.

#### DURACIÓN

El proyecto se iniciará a partir de mayo-2018 y se repetirá los años sucesivos durante el calendario escolar.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0256

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA DOLORES RUBIO SERRANO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSCULLUELA AISA MARIA  
LATASA LATORRE DOLORES PILAR  
ROMAN NOGUERAS MERCEDES  
GIL MALO INMACULADA  
BLAS GOMEZ CONSUELO  
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER  
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Las encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores. Hemos realizado una encuesta con 9 preguntas de tipo test con 3 opciones (solo una de ellas válida).

2.- Folletos informativos en varios idiomas (Castellano, rumano y árabe), de los síntomas más frecuentes en niños (gastroenteritis aguda, catarro de vías altas, fiebre y vómitos) y manejo domiciliario de éstos (por ejemplo como evitar la deshidratación en gastroenteritis aguda, alimentación, qué hacer en casa en caso de fiebre, cuándo acudir a urgencias, etc).

Tanto las encuestas como los folletos informativos se elaboraron según calendario previsto.

3.- Hemos entregado las encuestas previas y los folletos informativos en el idioma del cuidador a los niños que acuden a las consultas, principalmente en pediatría. Las fechas de entrega de las encuestas se ha retrasado hasta octubre para poder abarcar mayor población.

4.- Hemos realizado la encuesta final a los cuidadores para evaluar los conocimientos adquiridos y la encuesta de satisfacción global y hemos solicitado a los cuidadores propuestas de necesidades para futuras intervenciones. También la segunda encuesta se retrasó hasta noviembre.

5.- En diciembre se realizó la evaluación y recopilación de propuestas para próximas intervenciones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han entregado 12 encuestas previas, dos de ellas no las han respondido.

De los cuidadores que realizaron la encuesta, han realizado la encuesta final 7 cuidadores, todos ellos excepto uno han mejorado en sus conocimientos.

Se observa satisfacción por parte de los usuarios y hemos recibido alguna propuesta interesante para futuras intervenciones (actuación y prevención de accidentes en el hogar, consejos sobre alimentación saludable). El proyecto les ha parecido muy interesante.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración tanto de los cuidadores como del equipo ha sido muy positiva.

En el futuro se podría ampliar el proyecto con algún otro síntoma o problema sanitario frecuente que proponga el equipo y siguiendo los consejos de los cuidadores.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/256 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0256

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Autores:  
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, COSCULLUELA AISA MARIA, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, GIL MALO INMACULADA, BLAS GOMEZ CONSUELO, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Educación Sanitaria  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0256

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD: MANEJO DE LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

- 1.- Se observa en las consultas de pediatría, así como en atención continuada, un número elevado de consultas por síntomas que pueden ser manejados por los cuidadores de forma domiciliaria.
- 2.- Dado el porcentaje de población extranjera con la que a veces es difícil entenderse, planteamos hacer folletos informativos en varios idiomas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Dotar de conocimientos a los cuidadores habituales de niños en edad preescolar de los síntomas más frecuentes
- 2.-Disminuir la frecuentación en los servicios sanitarios
- 3.-Conocer signos de alarma
- 4.-Romper la barrera del idioma

#### MÉTODO

- 1.- Realizar encuestas para valorar los conocimientos de los cuidadores.
- 2.-Elaboración de folletos informativos en varios idiomas, de los síntomas más frecuentes en niños y manejo domiciliario de éstos
- 3.-Los folletos se entregarán en las consultas del centro de salud, por parte del personal sanitario, con ocasión de revisiones, vacunas, servicio de urgencia, etc.
- 4.- Encuesta final para evaluar conocimientos adquiridos.
- 5.- Encuesta de satisfacción global.

#### INDICADORES

Nº de personas a las que se les ha entregado folletos / niños en edad preescolar.  
Mejoría de los conocimientos adquiridos comparando la encuesta primera con la final.  
Análisis descriptivo sobre la satisfacción del usuario y de los componentes del equipo.

#### DURACIÓN

Mayo 2018 : elaboración de encuestas y folletos  
Junio 2018: comenzar reparto  
Octubre 2018: realizar la 2ª encuesta.  
Diciembre 2018: evaluación y recopilación de propuestas de necesidades por los cuidadores para futuras intervenciones.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ANGELES BUJEDA DOÑATE  
· Profesión ..... PERSONAL ADMINISTRATIVO  
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LATASA LATORRE DOLORES PILAR  
RUBIO SERRANO MARIA DOLORES  
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO  
FUSTER OMEDES ANGEL  
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER  
ROMAN NOGUERAS MERCEDES

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se colocan carteles en el mostrador del Centro de Salud y en los Consultorios Locales advirtiendo de la necesidad de actualizar los datos de localización de los pacientes, sobre todo en caso de Urgencia. Se repasan los datos de los pacientes que acuden tanto a consulta, a mostrador de Admisión, y por teléfono ( por los miembros del EAP) para su complementación.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al 10% de la población de nuestro Centro se le ha completado dicha información sobre todo persona de contacto (parentesco, telefono y dirección si ha sido posible ),este es un campo que solo figura en OMI-AP, no en BDU; Se trata de una dato muy importante y a tener en cuenta dada la avanzada edad de la población y que muchos de los pacientes viven solos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos necesaria la prórroga de este Proyecto para ampliar cobertura dado que nos parece un Dato importante para la mejor atención de los pacientes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/262 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0262

Título  
ACTUALIZACION DE LOS DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI (DOMICLIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO (TERUEL)

Autores:  
BUJEDA DOÑATE MARIA ANGELES, LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, FUSTER OMEDES ANGEL, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, ROMAN NOGUERAS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Falta datos localizacion pacientes  
Línea Estratégica .: Eficiencia  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Observación de falta de datos, o datos erróneos en el registro de OMI, con el consiguiente retraso en la localización de los pacientes, y sobre todo en casos de urgencia, al no constar la persona de contacto.

RESULTADOS ESPERADOS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0262

### 1. TÍTULO

#### ACTUALIZACION DE DATOS DE PACIENTES REGISTRADOS EN OMI-AP(DOMICILIO, TELEFONO, PERSONA DE CONTACTO) EN EL CENTRO DE SALUD DE SANTA EULALIA DEL CAMPO-TERUEL

Corregir o actualizar datos de los usuarios, para una mejor gestión de la actividad del Centro de Salud.

##### MÉTODO

La administrativa del Centro, repasará los datos de los usuarios cuando estos accedan al centro, bien en persona o por teléfono.

El personal sanitario repasará los datos de los pacientes en OMI y ante la falta o error de ellos, los remitirá a la administrativa para actualizarlos.

Poner carteles en todo el Centro y consultorios locales bien visibles avisando a la población de la necesidad de actualizar sus datos de localización.

##### INDICADORES

Listado de todos los usuarios rectificadas.

##### DURACIÓN

Abril a Diciembre 2018. Desarrollo del programa.

Diciembre 2018. Evaluación.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DOLORES PILAR LATASA LATORRE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Localidad ..... SANTA EULALIA DEL CAMPO  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO SERRANO MARIA DOLORES  
CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER  
LAZARO BELLA JOSE ANTONIO  
SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD  
FUSTER OMEDES ANGEL  
ROMAN NOGUERAS MERCEDES  
ABAD POLO LAURA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Curso de formación de Espirometrías para todos los profesionales del EAP, designando una persona encargada de realizar las Espirometrías.  
2- Se habilita consulta multiusos en horario y día de agenda creada.  
3- Crear la Agenda en OMI-AP :un día a la semana para llevarlas a cabo.  
4- Captación de personas fumadoras en la consulta de Medicina, ofreciendo la posibilidad de realización de Espirometrías para detección precoz de EPOC.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del Proyecto en Junio de 2018 hasta 15 de Diciembre de 2018 se han realizado: 0,34% de Espirometrías a la población fumadora que ha acudido a consulta; esto es:  
16 espirometrías de las cuales 2 no valorables por mala técnica o esfuerzo insuficiente  
13 normales y 1 patológica con un patrón obstructivo. Estas cifras corresponden a 0,06% de Espirometrías patológicas por número de Espirometrías realizadas.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Bajos resultados alcanzados debido a la poca frecuentación de la consulta por este tipo de pacientes, al disponer de poco tiempo para realización del Proyecto, por no disponer antes de Espirómetro, ni de la medicación necesaria, para hacer la prueba postbroncodilatadora.  
Por todo esto pensamos que sería necesario continuar con este Proyecto un año más.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/729 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0729

Título  
DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA RELIZACION DE ESPIROMETRIAS

Autores:  
LATASA LATORRE DOLORES PILAR, RUBIO SERRANO MARIA DOLORES, CALVO GARCIA FRANCISCO JAVIER, LAZARO BELLA JOSE ANTONIO, SEBASTIAN CHECA SONIA NATIVIDAD, FUSTER OMEDES ANGEL, ROMAN NOGUERAS MERCEDES, ABAD POLO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SANTA EULALIA DEL CAMPO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0729

### 1. TÍTULO

#### DETECCION DE EPOC EN FUMADORES A TRAVES DE LA REALIZACION DE ESPIROMETRIAS

- La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad prevenible y tratable
- .-Supone un grave problema de salud pública debido a su elevada prevalencia, morbimortalidad, coste económico y social, generando un importante consumo de recursos sanitarios.
- .- El principal factor de riesgo es la exposición y/o inhalación del humo del tabaco, incluida la exposición pasiva (80-90%) de los pacientes con EPOC son fumadores
- .- En nuestra zona de salud existe un infradiagnóstico de pacientes EPOC

#### RESULTADOS ESPERADOS

- .-Instaurar medidas para el diagnóstico precoz de EPOC entre la población fumadora de la zona de salud
- .-Fomentar la realización del Consejo antitabáquico

#### MÉTODO

- .-Curso de formación en espirometrías a los profesionales del eap
- .-Selección de población susceptible para realizar espirometría
- .-Designar a la persona encargada de realizar la espirometría
- .-Crear en OMI la agenda para tal fin
- .-Designar el lugar para la realización de la espirometría
- .-Consejo antitabaco a la población fumadora que acuda a la consulta

#### INDICADORES

- .- N° total de espirometrías realizadas / n° total de personas fumadoras que acuden a consulta entre 40 y 79 años x 100
- .-N° total de espirometrías patológicas/n° de espirometrías realizadas
- .-N° de nuevos casos de EPOC diagnosticados

#### DURACIÓN

- .- Curso de formación de espirometrías: 28 de mayo
- .- Creación de agenda en omi: 22 mayo 2018
- .- Designar lugar realización: consulta multiusos
- .- Fecha de inicio proyecto: 1 de junio 2018
- .- Fecha fin proyecto: 15 de diciembre 2018
- .- Evaluación de resultados: Enero 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARMEN CONEJOS BELLIDO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS SARRION  
· Localidad ..... SARRION  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LACOMBA BIOL MARIA JOSE  
LOPEZ NAVARRO ENRIQUE P  
MORTE PEREZ ALFREDO  
LEAL DUQUE AMADID  
CUEVAS FELIZ CESAR S  
AZNAR MAGALLON JERONIMO  
PALACIOS MEDRANO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
EL PROYECTO SE INICIÓ EL UNO DE ABRIL DE 2018. REALIZANDO UNA VALORACIÓN INICIAL DE LOS PARÁMETROS A EVALUAR CONSTATANDO QUE LA HBA1C ALCANZABA UNA COBERTURA EN TANTO POR CIENTO DEL 38,10, LA MICROALBUMINURIA EL 50,80, EL ECG EL 27,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO EL 37,87.  
HASTA EL 30 DE ABRIL SE REALIZARON CHARLAS INFORMATIVAS A LA POBLACIÓN, PARA EXPLICAR EL MOTIVO DEL PROYECTO, EN TODOS LOS MUNICIPIOS QUE INTEGRA EL CENTRO DE SALUD DE SARRIÓN Y, EN LA PRIMERA VISITA DEL PACIENTE A LAS CONSULTA MÉDICA O DE ENFERMERÍA, SE LES ENTREGÓ LA CARTILLA DE SEGUIMIENTO DE DIABETES, ESPECIFICANDO LAS FECHAS EN LAS QUE DEBERÍAN ACUDIR PARA LA REALIZACIÓN DE LOS DIFERENTES CONTROLES.  
EL PROYECTO PLANTEA REALIZAR, HASTA FIN DE AÑO, DOS EVALUACIONES PARA VER EL GRADO DE MEJORA, UNA EN MAYO Y OTRA EN NOVIEMBRE DE 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
LAS EVALUACIONES SE REALIZARON CON LOS DATOS RECOGIDOS EN LOS PLANES PERSONALES DE O.M.I., PACIENTE POR PACIENTE. EN LA PRIMERA EVALUACIÓN A 30 DE MAYO, SE CUANTIFICO, EN TANTO POR CIENTO, QUE LA HBA1C HABÍA ALCANZADO EL 51,49, LA MICROALBUMINURIA EL 74, EL ECG UN 64,58 Y EL PIÉ DIABÉTICO UN 83,83.

EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, A 30 DE NOVIEMBRE, LOS RESULTADOS MEJORARON HASTA ALCANZAR, EN TANTO POR CIENTO, LA HBA1C EL 67, LA MICROALBUMINURIA EL 90,60, EL ECG UN 77,20 Y LA REVISIÓN DEL PIÉ DIABÉTICO SE SITUÓ EN EL 89,20. LAS TARJETAS DE SEGUIMIENTO REPARTIDAS FUERON DE UN 74,45 POR CIENTO. EN SARRIÓN EL 52,54 Y EN EL RESTO DE LOCALIDADES EL 96,36. EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES A LA HORA DE ACUDIR A LOS CONTROLES TRAS LA ENTREGA DE LA CARTILLA, PARÁMETRO MEDIDO EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN, HA SIDO EN SARRIÓN DEL 43 POR CIENTO Y EN EL RESTO DEL 73. LA ACLARACIÓN A ESTAS DIFERENCIAS ESTÁ EN EL APARTADO DE DIFICULTADES.

TAMBIÉN EN LA SEGUNDA EVALUACIÓN SE DETECTARON LOS FALLOS DE LOS PROFESIONALES A LA HORA DE REALIZAR LAS PETICIONES E INTRODUCIR LOS DATOS EN EL PROGRAMA O.M.I. A CADA PROFESIONAL SE LE FACILITÓ LA RELACIÓN DE PACIENTES CON LAS INCIDENCIAS ENCONTRADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO DE MEJORA SE HA DETECTADO UN AVANCE IMPORTANTE EN LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.  
LOS PACIENTES SE VAN IMPLICANDO Y ACUDEN CUANDO LES TOCAN LOS CONTROLES SEGÚN LA FECHA QUE TIENEN EN LA CARTILLA. LOS PROFESIONALES REALIZAN LAS PETICIONES E INTRODUCEN LOS DATOS DE FORMA CORRECTA.  
POR ELLO, Y PARA VER REALMENTE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS PACIENTES Y DE LOS PROFESIONALES, EL PROYECTO DEBE CONTINUAR UN AÑO MÁS.

ESTE AÑO, A PARTE DEL SEGUIMIENTO DE LOS PARÁMETROS FIJADOS, EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE FECHAS, AÑADIREMOS NUEVOS CONCEPTOS A EVALUAR COMO SON EL GRADO DE MEJORÍA DE ESTOS PARÁMETROS EN LOS PACIENTES Y LA CAPTACIÓN DE LOS PACIENTES CON NEFROPATÍA DIABÉTICA.

EN CUANTO A LAS DIFICULTADES ENCONTRADAS ES IMPORTANTE COMENTAR LA SITUACIÓN QUE HA SUFRIDO EL MUNICIPIO DE SARRIÓN, EL MÁS GRANDE DEL CENTRO, DURANTE LA PUESTA EN MARCHA Y SEGUIMIENTO DEL PROYECTO DE MEJORA. HASTA LLEGAR A UNA ESTABILIDAD, HAN OCUPADO SU PLAZA 5 PROFESIONALES MÉDICOS Y 3 DE ENFERMERÍA QUE HAN DIFICULTADO LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS.  
Y DISMINUIDO EL TOTAL DE LOS PORCENTAJES.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/387 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0387

Título  
INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD DE SARRION: CONTROLES ANALITICOS, PIE DIABETICO Y ECG

Autores:  
CONEJOS BELLIDO CARMEN, LACOMBA BIOL MARIA JOSE, LOPEZ NAVARRO ENRIQUE PEDRO, MORTE PEREZ ALFREDO, LEAL DUQUE AMADID, CUEVAS FELIZ CESAR SANTIAGO, AZNAR MAGALLON JERONIMO, PALACIOS MEDRANO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Informar a la población diabética de la importancia que tienen los controles en la evolución de la diabetes para evitar las complicaciones, explicando el por qué de cada uno de ellos: G.capilar, HbA1C, IMC, TA, Colesterol, Control del pié diabéticos, ECG.  
Revisado el Cuadro de Mandos y el programa de Diabetes de OMI, a fecha 31 de diciembre de 2017, el Centro de Salud de Sarrión ha alcanzado unas cifras de cumplimiento que son : 51% en determinación HbA1C, 50% en la determinación de Microalbuminuria, 57% en el control del Pié diabético y un 40% en la realización del ECG bianual.

Para mejorar el cumplimiento se establecen dos líneas de actuación:  
Implicación de los pacientes en la demanda de sus controles. Para ello la creación e implantación de la Cartilla de Seguimiento, que les sirva de recordatorio para acudir, en la fecha señalada, a la realización de los mismos. Igual que se hace en otros campos como Vacunaciones, Citologías, Especializada, etc.  
Los profesionales del Centro de Salud deben introducir los valores en OMI y anotar en la cartilla la fecha de la próxima revisión.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el porcentaje de cumplimiento de los indicadores señalados.  
- En 2018 podríamos aspirar a conseguir un 70%.  
- En 2019, si es efectivo el programa, se conseguiría el objetivo real del Centro, teniendo en cuenta las excepciones.  
Análisis del grado de implicación de los pacientes tras la implantación de la Cartilla.

#### MÉTODO

Charla informativa en cada núcleo de población del C.S. de Sarrión, sobre la importancia de los controles en los pacientes diabéticos y el por qué.  
Captación:  
En la charla se les informará de la cartilla del diabético. Deberán pasar a recogerla por la consulta del médico o del enfermero y se les revisarán las fechas de los controles a realizar.

#### INDICADORES

Los indicadores a medir serán :  
- Controles analíticos de HbA1C semestral y Microralbuminuria anual.  
- Control del Pié diabético según grado.  
- ECG bianual.  
Evaluación.  
- 1ª Evaluación: 30 de mayo de 2018 . Medición del número de pacientes a los que se les ha hecho la revisión y entrega de la Cartilla.  
- 2ª Evaluación : 30 de noviembre de 2018 . Medición del grado de implicación en el primer control tras tener su Cartilla.  
- En 2019 se pueden realizar una 3ª y 4ª evaluación . Estas determinarán el cumplimiento de los objetivos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0387

### 1. TÍTULO

#### INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LOS CONTROLES DE DIABETES IMPLANTADOS EN EL PROGRAMA DE DIABETES DEL SALUD, EN EL CS SARRION: CONTROLES ANALITICOS,PIE DIABETICO Y ECG

del proyecto.

Fuentes de datos. Cuadro de mandos, Listados de la Cartera de Servicios y Planes Personales de OMI.

#### DURACIÓN

El inicio del proyecto será el 1 de abril de 2018.

Durante 2018 se realizarán 2 evaluaciones el 30 de mayo y el 30 de noviembre.

Durante 2019, se realizarán otras 2 evaluaciones en las mismas fechas

#### OBSERVACIONES

Durante las evaluaciones de 2019, aparte de medir los objetivos planteados en este proyecto, se puede medir el grado de mejora en los resultados analíticos de los pacientes derivados de esta implicación en sus controles periódicos.

Antigua línea: Diabetes

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MANUEL RUIZ CARRALERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS SARRION  
· Localidad ..... SARRION  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ANDRES ABANSES CRISTINA  
CASTRO GARCIA EDUARDO  
FORTEA GARZARAN CARMEN  
FUENTES MORENO ENCARNA  
MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA  
PUEYO REIG RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SESION CLINICA INFORMATIVA PARA LA PLANIFICACION Y PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR.  
CREACION DE LAS HOJAS DE REGISTRO.  
COMPROBACION DIARIA DE LA SALA DE URGENCIAS.  
REVISION TRIMESTRAL DEL CARRO DE PARADAS.  
REVISION SEMANAL DEL CARRO DE CURAS.  
REVISION SEMANAL DEL MALENTIN DE URGENCIAS.  
COMPROBACION MENSUAL DEL BOTIQUIN DE FARMACIA.  
REVISION MENSUAL MATERIAL SANITARIO DEL VEHICULO.  
ELABORACION DE HOJA DE INCIDENCIAS PARA COMUNICAR AL RESTO DEL EQUIPO.  
SE HAN EFECTUADO DOS REUNIONES TRIMESTRALES PARA VALORAR EL SEGUIMIENTO DEL PROYECTO.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
PROTOCOLIZACION DE LA REVISION DEL MATERIAL Y FARMACOS DISPONIBLES EN EL CS. SARRION.  
DISMINUCION DEL MATERIAL Y FARMACOS CADUCADOS.  
CONCIENCIACION DEL EQUIPO PARA LA IMPLANTACION DEL PROTOCOLO.  
GARANTIZAR LA PRESTACION DE UNA ATENCION SANITARIA DE CALIDAD.  
MEJORA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA POBLACION DEL CS. SARRION.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
LOS OBJETIVOS MARCADOS LOS HEMOS CONSEGUIDO YA QUE HEMOS IMPLANTADO EL PROTOCOLO Y EL SEGUIMIENTO POR PARTE DEL EQUIPO.  
HEMOS CONSEGUIDO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/594 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0594

Título  
MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS SARRION

Autores:  
RUIZ CARRALERO MANUEL, ANDRES ABANSES CRISTINA, CASTRO GARCIA EDUARDO, FORTEA GARZARAN CARMEN, FUENTES MORENO ENCARNA, MARTINEZ FERRANDO BEGOÑA, PUEYO REIG RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS SARRION

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Mejora de la seguridad asistencial. Promover la implementacion de determinadas actuaciones sanitarias para prevenir el daño asociado a la atencion sanitaria  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El Centro de Salud constituye el primer eslabón de la cadena asistencial en la atención inmediata urgente. Para una correcta actuación asistencial es imprescindible establecer un protocolo para el adecuado control y mantenimiento de los medios disponibles y necesarios que tenemos en el Centro de Salud.

Las actuaciones a realizar en una situación de urgencia/ emergencia médica son tanto en el Centro de Salud como en los domicilios de los pacientes o en vías públicas. Para ello es fundamental asegurar el correcto funcionamiento y disponibilidad de todo el material necesario para realizar la mejor asistencia posible en cada situación.

Para cumplir este objetivo, en el Centro de Salud de Sarrión consideramos la necesidad de disponer de un protocolo consensuado para las revisiones periódicas de los medios y materiales de que disponemos, y que son:

En la sala de urgencias: carro de paradas, carro de cura .botiquín de fármacos del centro, equipo de oxigenoterapia y aparatos de electromedicina (ECG,DEA...)

En la asistencia domiciliaria: maletín de urgencias, y en el Centro de Salud de Sarrión, estado óptimo del vehículo y material sanitario disponible en dicho vehículo como férulas de inmovilización, fluidoterapia, collarines cervicales, etc

#### RESULTADOS ESPERADOS

- . Garantizar la prestación de una atención sanitaria de calidad y una mejora de la seguridad del paciente en la población del Centro de Salud de Sarrión y del PAC de Arcos de las Salinas
- . Revisión, mantenimiento y disponibilidad del material sanitario, que generará una mayor eficacia en la gestión de los recursos materiales
- . Establecer unas pautas y un protocolo de actuación de todo el personal sanitario del centro para el cumplimiento de estos objetivos.

#### MÉTODO

El equipo de guardia formado por médico y enfermera asumirá la responsabilidad del cumplimiento de estos objetivos mediante la creación de una hoja de registro donde se constaten los siguientes apartados:

Comprobación diaria de la sala de urgencias para su adecuado mantenimiento en orden,y limpieza para su correcto funcionamiento.

Revisión trimestral del carro de paradas, comprobando el buen estado y funcionamiento, existencia de recambios y revisión de caducidades de la medicación.

Revisión semanal del carro de curas y reposición del material tras su uso.

Revisión semanal del maletín de urgencias, asegurando la existencia de medicamentos y material necesarios, así como su reposición tras cada uso

Comprobación mensual del botiquín de farmacia, observación, reposición y/o anotación de ausencia de medicamentos, así como sus caducidades.

Revisión mensual del material sanitario ubicado en el vehículo del centro. Anotación del kilometraje en cada desplazamiento y vigilancia del depósito de combustible.

Crear una hoja de check-list para los diferentes apartados citados anteriormente, certificando la correcta comprobación del carro de paradas maletines y vehículo.

Elaboración de una hoja de incidencias para su comunicación a los coordinadores del EAP.

Firma de las hojas de registro con la periodicidad establecida.

#### INDICADORES

La evaluación de este proyecto será anual y consistirá en la monitorización de resultados, mediante el correcto cumplimiento de las hojas de registro y de las incidencias efectuadas a lo largo de este periodo.

Se realizarán reuniones trimestrales de todo el equipo sanitario del centro, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y mejoras oportunas.

#### DURACIÓN

Durante el mes de Abril se elaborarán las hojas de registro y las hojas de incidencias, para desarrollar el proyecto descrito que comenzará a efectuarse en el mes Mayo.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0594**

**1. TÍTULO**

**MEJORA DE LA SEGURIDAD ASISTENCIAL DEL PACIENTE MEDIANTE LA IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE REVISION Y MANTENIMIENTO SISTEMATIZADO DE LOS RECURSOS MATERIALES DE URGENCIAS DISPONIBLES EN EL CS.SARRION**

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
HERNANDEZ GIL RUT  
ALEJOS RAMIREZ LUIS  
FERRER SOROLLA RUBEN  
CASANOVA SOTO MARTA  
CATALAN ADIVINACION GLORIA  
GALINDO ESTEBAN CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SESION INFORMATIVA AL EAP PARA PRESENTAR EL PROYECTO E INCENTIVAR A LOS PROFESIONALES ( JUNIO 2017).  
SE FACILITARON LISTADOS DE CADA CIAS CON PRESCRIPCIONES ACTIVAS DE OLMESARTAN MEDOXIMILO. SE ENVIARON LOS LISTADOS EN JUNIO 2017.  
SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES CON TTOS COMBINADOS TRIPLE WHAMY. CADA FACULTATIVO OBTUVO SUS LISTADOS A TRAVES DEL CUADRO DE MANDOS. .  
EN OCTUBRE S E ENVIO RECORDATORIO A TRAVES DE CORREO ELECTRONICO INTERNO A TODOS LOS PROFESIONALES HACIENDO HINCAPIE EN LA NECESIDAD DE REVISION DE NUESTROS OBJETIVOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
EN EL CORTE FINAL SE OBSERVA UNA LEVE AUNQUE PROGRESIVA MEJORA EN LA CONSECUION DEL OBJETIVO DE DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES CON TRIPLE WHAMY  
AUNQUE AUN MUY LEJOS DEL OBJETIVO INICIAL PLANTEADO. EL NUMERO DE PACIENTES CON PRESCRIPCION TRIPLE HA BAJADO EN TODO EL PERIODO  
UN 31 % (DE 215 A 168 PACIENTES)  
EN CUANTO AL NUMERO DE PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN MEDOXIMILO EN EL PRMER PERIODO DISMINUYERON LEVEMENTE (DE UN 23,2 % A UN 22,5%,,  
SIN EMBARGO AHORA SE COMPRUEBA EN EL ESTUDIO QUE HAN AUMENTADO A UN 26,7% CON RESPECTO AL PUNTO DE PARTIDA INICIAL EN MARZO DEL 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
NOS PARECE QUE TAL VEZ HAYA FALTADO MAS TAREA GRUPAL DE REUNIRNOS PARA VER COMO ESTABA YENDO EL PROYECTO.  
ASIMISMO EN EL CASO DE LAS PRESCRIPCIONES DE OLMESARTAN HABIA QUE IR A LA BUSQUEDA ACTIVA (LISTADO POR PROFESIONAL) NO COMO EN EL CASO DE LA TRIPLE WHAMY DONDE DESDE EL CUADRO DE MANDOS PODIAMOS ACCDER EN UN SOLO GOLPE DE V ISTA A COMO IBAMOS EN CUANTO A CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS.  
DE OTRA PARTE NOS HA PARECIDO QUE EL PERIODO DE TIEMPO HA SIDO CORTO Y TAL VEZ TENGAMOS QUE SEGUIR EN LA MISMA LINEA, ASUMIENDO QUE LOS RESULTADOS OBTENIDOS NO HAN SIDO LOS ESPERADOS.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1176 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1176

Título  
MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARA II) Y TRIPLE WHAMY

Autores:  
URBISTONDO BLASCO PILAR, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, HERNANDEZ GIL RUTH, ALEJOS RAMIREZ LUIS, FERRER SOROLLA RUBEN, CASANOVA SOTO MARTA, CATALAN ADIVINACION GLORIA, GALINDO ESTEBAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1176

### 1. TÍTULO

#### **MEJORA DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CS TERUEL CENTRO. SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ANGIOTENSINA II (ARAII) Y TRIPLE WHAMMY**

Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Olmesartán medoxomilo (C09CA08) fue el principio activo del subgrupo terapéutico de los antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (C09CA) que mayor gasto supuso para el Sector Teruel en 2016 (189.998 € y 2.760 DDDs) seguido de Valsartán (C09CA03) (162.830 € y 60.728 DDDs)\*. La revista francesa Prescrire, en la reciente actualización de la lista de medicamentos a evitar según la evidencia disponible, recomienda evitar la prescripción de olmesartán medoxomilo por efectos gastrointestinales (diarreas crónicas y pérdida de peso), y utilizar otras alternativas más favorables (ver Protocolo de Intercambio Terapéutico (PIT) de ARA II disponible para los hospitales de Aragón). La triple combinación de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o ARA II junto con un diurético y un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) se conoce como triple whammy. Los pacientes con prescripción triple whammy (TW) presentan un 30% más de riesgo de fallo renal, recomendándose evitar el uso de esta asociación siempre que sea posible, y de lo contrario, monitorizar estrechamente los niveles de creatinina y de potasio. Actualmente en el EAP del centro de salud "Teruel Centro", existen un total de 160 ARS con prescripción activa de olmesartán medoxomilo y 215 pacientes con la combinación farmacológica triple whammy.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal de este proyecto es mejorar la seguridad de los tratamientos farmacológicos de los pacientes mediante dos actuaciones: selección de los ARA II con un mejor perfil de seguridad; y revisión/ajuste de los tratamientos combinados TW (IECA o ARA II + diurético + AINE). Mejora de la seguridad de los tratamientos farmacológicos. No utilizar olmesartán medoxomilo como ARA II de elección por sus efectos adversos gastrointestinales (diarrea crónica y pérdida de peso). Existen otras alternativas disponibles más eficientes y seguras. No prescribir tratamientos combinados triple whammy (IECA o ARA II + diurético + AINE) para disminuir el riesgo de fallo renal agudo (FRA). En el caso de que no fuera posible, monitorizar niveles de creatinina y de potasio.

#### MÉTODO

1. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo. El FAP enviará a los MAP un listado con los pacientes de su cupo con prescripciones activas de olmesartán medoxomilo (prescripciones de receta electrónica realizadas por un CIAS a un paciente (CIA)) con la finalidad de que pueda valorar su sustitución por un equivalente terapéutico en base al PIT establecido y aceptado para los hospitales de Aragón. Se enviarán los listados en marzo 2017 y septiembre 2017.

2. Seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes con tratamientos combinados TW. A través del CM de Farmacia (CIAS), los MAP obtendrán mensualmente un listado con los pacientes de su cupo con una prescripción activa TW para su posterior revisión y adecuación.

3. Tras revisión y evaluación de cada caso se determinará la pertinencia puntual de la triple asociación farmacológica, y en dichos pacientes se monitorizará la función renal para la evaluación de posibles daños, en cuyo caso se retirará la medicación que se considere menos oportuna.

#### INDICADORES

-Disminución del número de pacientes en tratamiento con olmesartán medoxomilo.  
Objetivo: 50%.  
-Disminución del número de pacientes con prescripción TW.  
Objetivo: 95%

#### DURACIÓN

1 DE MARZO A 31 DE DICIEMBRE DE 2017

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

### 1. TÍTULO

#### GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PILAR URBISTONDO BLASCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD LAGUIA ROSA  
CATALAN ADIVINACION GLORIA  
SOGUERO GARCIA ISMAEL  
ALANDETE GERMAN LUIS  
PLOU IZQUIERDO SARA  
SALESA NAVARRO LUCIA  
FERRER SOROLLA RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas consistieron primero en una encuesta anonima realizada a los 21 compañeros del centro, con las siguientes preguntas

-¿conoces la existencia del DVA?

-¿sabes donde localizarlo ?

-¿sabes que hay un registro para ello en OMI?

-¿lo utilizas en tu actividad habitual de la consulta?

-¿crees que forma parte de nuestra tarea como profesional de AP el tratar estos aspectos con nuestros pacientes?..

Tras analizar resultados ocurría que aunque la mayoría conocen este DVA y mas de la mitad sabían que había un registro y donde localizarlo, nunca lo utilizamos en nuestra actividad habitual aunque mayoritariamente pensemos que forma parte de nuestra tarea profesional.

Esta encuesta la pase de forma inesperada en mayo, antes de la sesión de presentación del proyecto que fue también en mayo y donde como punto de partida presente estos resultados de la encuesta.

Después de la encuesta anonima a los profesionales, y sesión de presentación de proyecto, el resto de actividades han consistido en recordatorios periodicos a los profesionales via correo electronico (cada dos meses) de la continuidad del proyecto y ofrecimiento personal como persona responsable del proyecto para resolver in situ tantas dudas como se iban planteando. En cuanto a esto ultimo tengo que decir que las dudas eran casi siempre de mecanica del procedimiento (donde estaba el protocolo en OMI) y en algun caso en "como " hacerlo, como introducirlo en la consulta . La respuesta en este ultimo caso era hacerlo de forma integral en la cumplimentacion de la historia clinica, como un item mas, en el caso de pacientes de "novo", y con mas cobertura en el caso de pacientes con algun familiar afecto de proceso terminal.

En verano instruccion tambien a los medicos sustitutos para seguir la continuidad del proyecto.

-Asimismo pedimos folletos en soporte papel del DVA que pusimos en la sala de espera a disposicion de los pacientes para que se informaran al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

los resultados alcanzados han sido los siguientes:

numero de registros realizados 330

numero de registro que contestan si tener cumplimentado el dva 5

El indicador utilizado ha sido la pregunta que viene en el protocolo de OMI sobre voluntades anticipadas donde dice ¿tiene usted cumplimentado documento de voluntades anticipadas? . si /no

Dada la situacion de partida se han efectuado 330 registros en el periodo valorado, por lo cual se ha superado ampliamente las expectativas iniciales.

Entendemos que el impacto del proyecto ha sido importante puesto que ha puesto de manifiesto de una lado la poca informacion que tenían nuestros pacientes y el agrado con el que han recibido la misma, puesto que muchos de ellos se mostraban interesados en el procedimiento para tramitar el DVA.

Impacto positivo asimismo a nivel de los profesionales del equipo, que han podido informarse para informar a sus pacientes asi como introducir este aspecto en el quehacer de la consulta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusion estamos satisfechos con los resultados obtenidos y que se han podido evidenciar en los resultados numericos asi como en el interes de los profesionales por conocer y transmitir la informacion, obetiendo un feed-back positivo de los pacientes al ser informados de estos aspectos de la sistencia.

Satisfaccion tambien porque creo que hemos conseguido vencer la inicial resistencia del equipo a trabajar estos temas en consulta .....sin que ocurra nada.

Satisfaccion porque creo que lo hemos incorporado en nuestro quehacer diario.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633

### 1. TÍTULO

#### GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/633 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0633

Título  
GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO D EL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. ¿COMO LO DAMOS A CONOCER?. GRADO DE REGISTRO DEL DVA

Autores:  
URBISTONDO BLASCO PILAR, ABAD LAGUIA ROSA, CATALAN ADIVINACIOIN GLORIA, SOGUERO GARCIA ISMAEL, ALANDETE GERMAN LLUIS, PLOU IZQUIERDO SARA, SALESA NAVARRO LUCIA, FERRER SOROLLA RUBEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: NEOPLASIA, TERMINALES, PCC...Y CUIDADORES Y FAMILIAIRES DE LOS A NTERIORES ASI COMO POBLACION INTERESADA.  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

A RAIZ DE LA PREOCUPACION PERSONAL POR ESTE TIPO DE PROBLEMAS, SE ME PLANTEO PRGUNTAR A MIS COMPAÑERO QUE GRADO DE CONOCIMIENTO TENIAN ELLOS DE ESTAS CUESTIONES TAN IMPORTANTES COMO ES EL HECHO DE PREGUNTAR A NUESTROS PACIENTES COMO QUIEREN QUE SE MANEJEN DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO LOS ULTIMOS MOMENTOS DE SUS VIDAS. TENIA LA PERCEPCION SUBJETIVA DE QUE NOS C OSTABA MUCHO HABLAR DE ESTO CON NUESTROS PACIENTES, Y NO TENIA CLARO SI I SABIAMOS INCLUSO COMO HACERLO . CON ESTE PUNTO DE PARTIDA S E ME OCURRIO ELABORAR UNA ENCUESTA ANONIMA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO Y PLANTEAR ESTE PROYECTO DE MEJORA, PARA PRIMEERO MEJORAR LA INFORMACION ENTRE TODOS NOSOTROS Y REGISTRAR O MEJORAR EL REGISTRO SI YA SE HACIA DE SI EL PACIENTE TIENE UN DVA.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1-MEJORAR LA CALIDAD DE LA INFORMACION ENTRE NOSOTROS Y ENTRE NUESTROS PACIENTES.  
-2-REGISTRAR EN OMI SI LOS PACIENTES TIENE HECHO UN DVA.  
-3-COMO OBJETIVO SECUNDARIO SI ALGUIEN MANIFIESTA INTERES EN CUMPLIMENTARLO DERIVAR A TRABAJADORA SOCIAL DEL CENTRO.  
-4- LA POBLACION DIANA SERIA POBLACION DE NUESTROS CUPOS QUE ESTUVIESE EN PROGRAMA DE ESAD, TERMINALES, PCC, CUIDADORES Y FAMILIARES DE ESTOS PACIENTES...Y A TODOS LOSQUE S E MUESTREN INTERESADOS.

#### MÉTODO

-1- ENCUESTA PREVIA A PROFESIONALES QUE YA HA SIDO REALIZADA A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO EN ABRIL 2018.  
-2-SESION INFORMATIVA A LOS COMPAÑEROS DEL EQUIPO.  
-3-PRESENTACION DEL DVA Y DE SU LUGAR DE R EGISTRO EN OMI .  
-4-PRESENTACION DEL PROYECTO.

#### INDICADORES

-EL INDICADOR SERIA EN OMI EN EL PROTOCOLO DE DVA VER CUANTOS CUANTOS DVA HAY REGISTRADOS O NO REGISTRADOS, PERO EN LOS QUE SE HAYA HECHO LA PREGUNTA.

#### DURACIÓN

- INICIO ABRIL 2018. FIN DICIEMBRE 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0633**

**1. TÍTULO**

**GRADO DE CONOCIMIENTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE NUESTRO EQUIPO DEL DVA Y GRADO DE CONOCIMIENTO DEL MISMO DE NUESTROS PACIENTES. COMO LO DAMOS A CONOCER. GRADO DE REGISTRO DEL DVA**

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE OVACE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA MARTIN RODRIGUEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ADALID GUILLEN URSULA  
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR  
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR  
MONTON BARRERA ESTRELLA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos pusimos en contacto con las direcciones del colegio de Educación Especial La Arboleda y el Colegio Público Miguel Valles, para comentarles nuestro proyecto y ambos mostraron gran interés en él y fueron los encargados de informar en sus centros de la sesión que íbamos a impartir, programa, horarios... A pesar de estar dirigido principalmente a monitores de comedor, fue la Dirección de cada centro quien decidió que trabajadores asistirían, en el caso del colegio La arboleda la dirección quiso que asistiesen el 100% de sus empleados, cuidadores, profesores, educadores... que hacían un total de 32 asistentes. En el caso del colegio Miguel Valles asistieron las monitoras del comedor y personal de cocina, 7 en total. Tal y como habíamos programado realizamos sendas sesiones de 1 hora aproximadamente, en las cuales realizamos una exposición, con ayuda de Power Point, de unos 30 minutos de duración en la que explicábamos las estructuras anatómicas tanto del paciente adulto como del pediátrico, tipos de atragantamiento y cómo actuar ante ellos. Posteriormente, lo llevamos a la práctica, implicando a todos los participantes, tanto de la maniobra de Heimlich como de la posición Lateral de Seguridad, que la usaríamos si el atragantamiento se resuelve con esta, también realizamos RCP básica, que tendríamos que aplicarla si el atragantamiento no se resuelve y el paciente pierde la conciencia y entra en Parada Cardiorrespiratoria, con ayuda tanto de los maniqués para entrenamiento de las maniobras de resucitación cedidos por el Centro de Salud, como de muñecos de juguete que nosotras mismas aportamos al proyecto, ya que nos parecían de un tamaño más adecuado al paciente tanto bebe como pediátrico, y pensamos que así nuestras explicaciones se podían ajustar más a la realidad. Tras la sesión, dejamos en los colegios Tres posters explicativos tanto de la Maniobra de Heimlich, como de la Posición Lateral de Seguridad y RCP básica, para que puedan quedarse expuestos en los comedores o aquellos espacios donde la direcciones de los centros considere oportuno, y así, en caso de darse esta situación adversa los trabajadores con un vistazo rápido recuerden los conocimientos adquiridos.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al término de las sesiones, los asistentes nos manifiestan verbalmente su satisfacción con la sesión y que se sienten más seguros y preparados ante un posible efecto adverso de estas características que pueda sucederles en su trabajo diario. En las encuestas que pasamos al finalizar, prácticamente en todas nos manifiestan la corta duración de la sesión, y en muchas nos dicen que les hubiese gustado tener más tiempo para poner en práctica todo lo aprendido. En uno de los colegios, todos los asistentes nos dan una puntuación de entre 9 y 10 de satisfacción global con la actividad y lo mismo para contenidos y el material didáctico utilizado. Esta valoración es más baja cuando les preguntamos por la duración de la actividad, nos indican que les ha parecido insuficiente. Sin embargo, en el otro colegio, hay más variedad de opiniones en cuanto a la valoración, en general la satisfacción global con la actividad también es de entre 9 y 10, pero para un pequeño porcentaje de asistentes la valoración es más baja, además de manifestar la duración insuficiente de la sesión y que les hubiese gustado tener más tiempo para practicar, se quejan de que las condiciones de la sala no son las adecuadas y que no les parecen apropiados los muñecos de juguete con los que realizamos las explicaciones, ya que consideran que deberían ser maniqués de entrenamiento reales.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los asistentes han aprendido a realizar Correctamente la Maniobra de Heimlich, posición lateral de Seguridad y RCP básica y tras observar la buena acogida que hemos tenido y la satisfacción de los participantes manifestada verbalmente en las sesiones, a pesar de que en las encuestas hay alguna valoración un poco más baja, todos los miembros del equipo estamos muy satisfechas con los resultados obtenidos. En algunas de las encuestas los asistentes nos sugieren realizar este tipo de sesiones periódicamente para evitar que, en caso de no llevarlo a la práctica, se olviden los conocimientos adquiridos. De ser así, nos sugieren que estas sesiones sean de mayor duración y aumentando sobre todo el tiempo invertido en llevar a la práctica todo lo aprendido.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1512

### 1. TÍTULO

#### ACTUACION ANTE OVACE

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1512 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1512

Título  
ACTUACION ANTE OVACE

Autores:  
MARTIN RODRIGUEZ MARIA, LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En algunos colegios se ha generado una demanda por parte de los monitores de los comedores hacia ciertos profesionales sanitarios para actuar en casa de atragantamiento de los niños a su cargo.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Los monitores de comedor de algunos colegios de Teruel, conocerán cómo deben actuar ante un atragantamiento a través de la realización de talleres.  
- Realización de actividades para educar y formar ante esta urgencia.  
- Se propone la adquisición de habilidades para saber actuar ante una OVACE.

MÉTODO  
1. Conocer los tipo de atragantamientos (parcial o total)  
2. Enseñar cómo deben de actuar ante cada tipo de atragantamiento hasta la llegada de los Servicios Sanitarios.

INDICADORES  
- Encuesta inicial para determinar el grado de conocimiento previo de los monitores.  
- Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres.  
- Número de monitores que han participado en el taller / número total de monitores.  
- Encuesta de satisfacción a los monitores que recibirán la formación.

DURACIÓN  
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

### 1. TÍTULO

#### ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROSA MARIA LAYUNTA MARTINEZ  
· Profesión ..... TRABAJADOR/A SOCIAL  
· Centro ..... CS TERUEL CENTRO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CRUZ GALAN JOSE ANTONIO  
DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto se han realizado dos reuniones con los componentes del equipo para la puesta en marcha y establecimiento de acuerdos y objetivos.

Posteriormente se presentó a los equipos en dos sesiones clínicas, una en el Centro Salud Ensanche y otra en el Centro de Salud Teruel Centro.

Se procuró que todos los profesionales conociesen el proyecto dejando copia en su casillero

Se han realizado dos entrevistas con el Servicio de Atención al Paciente, una al inicio y otra durante el desarrollo con el fin de coordinar actuaciones y se han mantenido conversaciones telefónicas en casos concretos..

Se han atendido a un total de 14 mujeres, 8 pertenecientes al Centro de Salud Teruel Centro y 6 al Centro de Salud Teruel Ensanche

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha facilitado atención individualizada de la demanda, información y derivación hacia recursos.

En todos los casos se ha mantenido coordinación con los matrones de los EAP derivando para asesoramiento y/o intervención.

No ha podido realizarse por motivos ajenos a los componentes del equipo la gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención no ha podido evitarse la posterior derivación al Servicio de Atención al Paciente y en algunos casos la derivación directa sin intervención de Trabajo Social por los plazos que establece el procedimiento, la tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia.

En estos últimos casos se desconoce la evolución del proceso, y si ha habido demanda o no de otros recursos, sociales o sanitarios.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto se inicia a mitad de mayo por lo que la población atendida no refleja el número real de mujeres atendidas durante un año.

No obstante dados los impedimentos legales para poder gestionar de forma integral el proyecto pensamos que puede resultar contraproducente el paso previo por la Unidad de Trabajo Social, con la consiguiente demora del proceso.

#### 7. OBSERVACIONES.

Pensamos que podría ser beneficioso para las mujeres solicitantes de IVE reformular el procedimiento

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/176 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0176

Título  
ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Autores:  
LAYUNTA MARTINEZ ROSA MARIA, CRUZ GALAN JOSE ANTONIO, DOMINGO MARTINEZ CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL CENTRO

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176

### 1. TÍTULO

#### ACOMPAÑAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Edad .....: Adolescentes/jóvenes  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Anticoncepción  
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Desde la Unidad de Trabajo Social se ha detectado un número significativo de mujeres solicitantes de IVE. De ellas, la gran mayoría no utilizan o lo hacen de forma inadecuada, métodos de planificación familiar y/o de prevención de enfermedades de transmisión sexual. Se detecta también a mujeres jóvenes con reiterados embarazos, escasa formación y desconocedoras de las vías de acceso a los recursos sociosanitarios. Se observa igualmente un mal uso de otras prescripciones como puede ser la llamada píldora del día después, que llega a convertirse en la forma de planificación familiar habitual. De otra parte, la gestión del procedimiento del IVE, se realiza desde los Servicios de Atención al Paciente, convirtiéndose en un trámite meramente administrativo, se entrega un sobre con información generalizada para toda la población acerca de ayudas públicas disponibles para cuidados y atención de hijos y otras ayudas públicas, y transcurridos tres días se tramita la solicitud. Se echa en falta una atención personalizada que en función de las características de la mujer solicitante, recursos, formación, situación socioeconómica, pueda necesitar derivación a otros recursos del sistema sanitario como Servicios de Planificación Familiar o de Salud pública en caso de padecer enfermedades de transmisión sexual. En cuanto a la información sobre prestaciones sociales debería ser facilitada por un Trabajador Social, con conocimientos en el sector para garantizar el acceso a las prestaciones del sistema.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un proceso de acompañamiento en el proceso de IVE, desde el inicio, a través de la gestión de la demanda desde la Unidad de Trabajo Social, tramitación y seguimiento.

Garantizar el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción y de educación sexual.

Garantizar el acceso a la información acerca de prestaciones públicas de servicios sociales.

Reducir el número de embarazos no deseados, reiterados, entre las mujeres solicitantes

#### MÉTODO

Difusión del procedimiento entre los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, Centro de Salud Teruel Centro y Centro de Salud Teruel Ensanche.

Atención individualizada de la demanda, información y gestión de prestaciones y recursos.

Coordinación con los matrones de los EAP y el COF, derivando para asesoramiento y/o intervención.

Gestión administrativa del procedimiento desde la unidad de Trabajo Social, de forma que en la intervención se limite al menor número de profesionales posibles y se fortalezca la alianza terapéutica.

Tramitación de la solicitud y derivación a la clínica de referencia

#### INDICADORES

Número de mujeres solicitantes de IVE pertenecientes a los centros de salud Teruel Centro / número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social, a alcanzar el 50%

Número de mujeres atendidas en la Unidad de Trabajo Social/ número de mujeres derivadas a matrones y/o COF

#### DURACIÓN

Difusión entre los EAP, abril de 2018

Desarrollo y gestión del proyecto, a lo largo del año con continuidad en años sucesivos

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0176**

**1. TÍTULO**

**ACOMPañAMIENTO EN EL PROCESO DE INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

### 1. TÍTULO

#### **MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES**

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... JUAN ANTONIO ZORRAQUINO LOZANO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEREZ DIAZ CRISTINA  
MALO LOU CARMEN  
LOPEZ ESCUER JOSE LUIS  
ASTUDILLO COBOS JUAN  
ANTON CRESPO MANUELA  
ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA  
DIAZ DIAZ TANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- En la primera quincena de MARZO DE 2017: se creó el Equipo de Mejora  
- Segunda quincena de MARZO: revisión de guía práctica clínica en el uso de IBP y análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol.  
- Extracción de los listados de los pacientes a través del DATA de FARMACIA ( a fecha 1 de marzo)  
- El día 6 de ABRIL: se realiza sesión formativa en el Centro de Salud con la participación de todos los profesionales de medicina  
- En SEPTIEMBRE: revisión de indicadores del cuadro de mando de farmacia.  
- Ante los resultados parciales de septiembre a finales de OCTUBRE: nueva sesión formativa, recordando el proyecto y la importancia del mismo, con la participación de todos los profesionales médicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Revisado en septiembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observa que poseemos DATOS A 1 DE JULIO (muy próximo al inicio del proyecto), con los siguientes INDICADORES:  
• Entre 1 de marzo y 1 de julio se ha incrementado en un 1,6% el número de pacientes con prescripciones activas de IBPs en receta electrónica  
• El 59,95% (julio de 2017) de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs el 59,7% (marzo 2017)

Revisado a 31 de diciembre el CUADRO DE MANDOS DE FARMACIA se observan los siguientes resultados:  
• Entre marzo y diciembre de 2017, se ha incrementado un 1,9% el número de pacientes con prescripción activa de IBPs en receta electrónica.  
• El 59,1% de los pacientes están en tratamiento con un IBP correspondiente a Omeprazol vs al 59,7% en marzo

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Ante los resultados del proyecto, con aumento de la prescripción de IBPs y sin aumento de la prescripción de omeprazol, junto con la importancia del tema, se plantea continuar con el proyecto durante 2018.

Se realizará nueva sesión formativa en marzo, para recordar el mismo entre TODOS los profesionales y que cada profesional controle cada 3 meses su cuadro de Mandos de Farmacia, para ser conscientes de su propia evolución en el tiempo.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1194 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1194

Título  
MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Autores:  
ZORRAQUINO LOZANO JUAN, PEREZ DIEZ CRISTINA, MALO LOU CARMEN, LOPEZ ESCUER JOSE LUIS, ASTUDILLO COBOS JUAN RAMON, ANTON CRESPO MANUEL ANGEL, ADAN SOMARRIBA MARIA TERESA, DIAZ DIAZ TANIA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

### 1. TÍTULO

#### MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

En el Sector de Teruel, el incremento del gasto acumulado en el año 2016/2015 ha sido del 6,9%, debido al incremento del número de recetas (1,71%) y del gasto medio por receta (GPR) (5%). Ajustar el GPR es uno de los objetivos del programa de Uso Racional del Medicamento (URM) en Aragón, mediante medidas como la selección eficiente de moléculas, entre otras.

La prescripción de IBP en el C.S. Teruel Ensanche en 2016 supuso un gasto de 195.402 € (49,7% sobre el total de las prescripciones realizadas) y 802.293 DDDs. Los principios activos del subgrupo ordenados de mayor a menor gasto fueron: pantoprazol (supone el 14,7% de gasto sobre el total de la prescripción de IBPs), lansoprazol (11,6%), esomeprazol (9,8%), omeprazol (9,08%) y rabeprazol (4,6%)1.

Omeprazol es el IBP de elección frente al resto de principios activos del mismo subgrupo terapéutico, es el de mayor experiencia de uso, mejores y más prolongados estudios de seguridad y además, es el IBP de menor coste. Por ello, a igualdad de eficacia y seguridad, es el fármaco más eficiente.

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal del proyecto es impulsar la selección eficiente de IBP para ajustar el gasto medio por receta en 2017, para ello:

1. No prescribir un IBP diferente de omeprazol, salvo en pacientes en tratamiento con clopidogrel y/o doble antiagregación y que precisen un IBP en los que se recomienda pantoprazol; y en pacientes con disfagia o sonda nasogástrica ó gástrica en los que se recomienda lansoprazol bucodispersable.
2. Reducción del porcentaje de las prescripciones de IBP diferente a Omeprazol en aquellos pacientes en los que se considere pertinente el tratamiento con algún IBP
3. Retirada del IBP en los pacientes en los que no se considera necesario y pertinente dicha toma

##### MÉTODO

1. Conformación del grupo de trabajo y designación del responsable del mismo.
2. Revisión de las Guías de Práctica Clínica (GPC) en el uso de los IBP actualizadas.
3. Sesión formativa a los profesionales del C.S. Teruel Ensanche para dar a conocer el proyecto y las recomendaciones de las GPC en el uso de los IBP.
4. Análisis de los pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a Omeprazol. Extracción del listado de pacientes a través del DATA de Farmacia (fecha de corte: 01/03/2017).
5. Revisión individual consecutiva de estos pacientes, asociado a la consulta habitual de los tratamientos con IBP, y propuesta de cambio. Cada CIAS tendrá disponibles en el Cuadro de Mandos (CM) de Farmacia listados de pacientes con prescripciones activas de un IBP diferente a omeprazol en receta electrónica, actualizados mensualmente.
6. Sesión formativa a los profesionales del hospital acerca el proyecto de desprescripción y mejora de calidad de la prescripción de IBP.
7. Indicación al especialista hospitalario del cambio si se corresponde con una prescripción inducida.

##### INDICADORES

En el C.S. Teruel Ensanche, 2.887 pacientes (01/03/2017) tienen una prescripción activa de un IBP en receta electrónica. Un 40,3 % de la población en tratamiento con IBP está sujeto a una prescripción diferente a Omeprazol: 16% pantoprazol, 13,3% lansoprazol 8,1% de prescripciones de esomeprazol, 2,6% rabeprazol y 0,4% esomeprazol+naproxeno

Nos planteamos:

- Reducir el porcentaje de pacientes en tratamiento con un IBP diferente a Omeprazol, en al menos un 10% a partir de las cifras actuales (40,3%)

? Aumentar un 10% el porcentaje de pacientes en tratamiento con IBP correspondiente a Omeprazol, actualmente corresponde a 59,7%

? Retirada, en al menos un 50%, de la prescripción de IBP en pacientes en los que no es pertinente dicha toma

? Reducción del gasto por principio activo y cálculo de modificación de gasto.

La evaluación del proyecto se realizará en diciembre de 2017 a través de los datos extraídos del DATA de Farmacia

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1194

### 1. TÍTULO

#### MEDIDAS PARA AJUSTAR EL GASTO MEDIO POR RECETA EN 2017 EN EL CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE: SELECCION EFICIENTE DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

##### DURACIÓN

Desde el inicio del proyecto en marzo de 2017 hasta final de 2017

- Formación del grupo y revisión de guías clínicas hasta 1ª quincena de abril
- Sesión formativa a los profesionales del CS 2ª quincena de abril
- Entrega de listados a los profesionales para valoración de la adecuación del tratamiento de IBP y propuesta de cambio si procede
- Valoración del proyecto en septiembre de 2017 y diciembre 2017

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ..... TANIA DIAZ DIAZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN  
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE  
ZORRAQUINO LOZANO JUAN ANTONIO  
LOU DOMINGO VICTORIANO  
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO  
MONTANER GIMENEZ AMPARO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- ABRIL se da a conocer el proyecto a TODOS LOS MIEMBROS del Equipo del CS Teruel-Ensanche
- MAYO se rediseñan las charlas a realizar este año: HIPERCOLESTEROLEMIA Y CONSUMO DE SAL EN HTA
- JUNIO se realiza paseo con los profesionales del Centro por el CAMINO DEL CARBURO, próximo al río. Tras el paseo se opina que no es viable para realizar con los pacientes por estar muy alejado de nuestro Centro de Salud, por lo que se decide cambiar el lugar donde realizar el paseo.
- En la segunda quincena de JUNIO se presenta a los profesionales la charla de Hipercolesterolemia, en la que se hará alguna modificación y se presentara en Octubre a los pacientes.
- Se decide que en cada charla se pasará primero una encuesta al grupo para ver su nivel de conocimientos sobre el tema. Se volverá a pasar al final de la charla para poder ver los conocimientos adquiridos, así como una encuesta de satisfacción y de sugerencias.
- En JULIO Y AGOSTO se rediseña el paseo (en colaboración con la Universidad), que será temático por el PARQUE DE LOS FUEROS, y lo realizarán primero los profesionales del centro

La jubilación en agosto del responsable del proyecto (Dr. Ángel Pueyo Izquierdo) ha supuesto una pequeña pausa en el proyecto, si bien se siguen realizando actividades:

- Se ha diseñado el paseo de los profesionales con los pacientes por el parque de los Fueros, perteneciente a nuestra zona de salud, por el Dr. D. José Carrasquer (de la Facultad de Humanidades), experto conocedor de la zona y de la historia natural
- El Dr. D. José Carrasquer ha realizado un folleto del paseo y de la historia del parque y la naturaleza presente en el mismo, está siendo diseñado por alumnos de la Facultad de Bellas Artes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La jubilación del responsable inicial del proyecto, junto con la sobrecarga asistencial, ha supuesto un entrecimiento del mismo, pero los profesionales estamos interesados en el tema y dispuestos a continuar, por lo que se están estableciendo las nuevas actividades.  
El grupo está muy concienciado de la importancia de la salud comunitaria y la participación de los pacientes en el cuidado de su propia salud.  
Contamos con la colaboración especial del Dr. Ángel Pueyo, verdadero motor de este proyecto, que aunque se ha jubilado, desea participar en el mismo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como todo proyecto comunitario, la puesta en marcha de cada una de las etapas es costosa y requiere una importante motivación por parte de los profesionales, pero se ha planteado nuevas actividades para continuar con el mismo:

- Se está diseñando una encuesta de valoración de los conocimientos de los pacientes que deseen participar y se investigará también su motivación, para adaptar las charlas a sus necesidades.
- Dentro de cada cupo de medicina y enfermería se va a invitar a varios pacientes con factores de riesgo cardiovascular a participar en la actividad
- Durante este año nos proponemos comenzar con la primera charla a los pacientes en Marzo y el primer paseo en Abril.
- Se proyecta hacer al menos 2 charlas y 2 paseos al año.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1195 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1195

Título

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

##### Autores:

PUEYO IZQUIERDO ANGEL, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSE, DIAZ DIAZ TANIA, ZORRAQUINO LOZANO JUAN, MONTANER GIMENEZ AMPARO, LOU DOMINGO VICTORIANO, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Proyecto comunitario de educación para la salud  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: Educación para la salud

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad en España y en el mundo y para poder disminuir su incidencia y mortalidad es fundamental actuar sobre los factores de riesgo que favorecen su aparición.  
Se distinguen dos tipos de factores de riesgo: NO MODIFICABLES, la edad, sexo y herencia genética y MODIFICABLES: tabaco, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, obesidad /sobrepeso, sedentarismo y consumo de alcohol.  
Está demostrado que el de dejar de fumar, reducir el consumo de sal en la dieta, el consumo de frutas y verduras con reducción de las grasas, realizar actividad física regular y evitar el consumo excesivo de alcohol reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Un centro de salud debe ser un centro de asistencia sanitaria, pero también una ESCUELA DE SALUD. Todas las personas deben saber reconocer los factores que determinan sus enfermedades y deben ser capaces de afrontarlos; es lo que se denomina estilos de vida saludables, que no es otra cosa que el tener la habilidad de esquivar los problemas de salud y dar esquinazo a las enfermedades. Valentín Fuster en sus diversas publicaciones a menudo se pregunta, cómo es posible que en estas sociedades tan desarrolladas, en las que se dispone de los mejores tratamientos, de excelentes hospitales y mejores Centros de Salud cada vez haya más enfermos diabéticos, hipertensos, obesos y cada vez mueran más personas por enfermedades cardiovasculares.

Todo esto nos ha estimulado a iniciar un programa de educación para la salud, para intentar que nuestros pacientes puedan disfrutar de buena salud motivándoles a controlar la propia alimentación, practicar actividad física y no practicar comportamientos que se consideran poco saludables como fumar, consumir en exceso bebidas alcohólicas, ... y saber disfrutar de todo aquello que nos rodea. En esencia este es el arte de la salud.

##### MÉTODO

Hemos denominado a nuestro programa de salud "Teruel camina con gusto" y se ha comenzado a diseñar y elaborar en pequeñas etapas a lo largo de 2016, con una continuidad y un trabajo a largo plazo como todos los proyectos de educación para la salud, de la forma siguiente:

- PRIMERA FASE: actuación sobre pacientes que presentan factores de riesgo cardiovascular, mediante:
  - Charlas a grupos reducidos, de 10 a 15 personas, agrupadas por factores de riesgo
  - Conocimiento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular
  - Formación sencilla sobre alimentación y ejercicio
  - Favorecer la realización de ejercicio físico, mediante la realización de un paseo temático por el parque de los fueros, siempre acompañados por un profesional sanitario, con información cultural y medioambiental de la zona.
- SEGUNDA FASE: actuación sobre personas sanas para transmitir conocimiento sobre enfermedades cardiovasculares y la prevención de las mismas actuando sobre los posibles factores de riesgo
- TERCERA FASE : actuación en los centros escolares para hacerles conocer los estilos de vida saludable y nos sirvan de transmisores a su familia.

Durante 2017 se va a poner en marcha la PRIMERA FASE

##### INDICADORES

- Antes de realizar cada charla de educación sanitaria se pasará una ENCUESTA PARA LA VALORACION de los conocimientos que los pacientes tienen de las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo y como actuar sobre los mismos
- Dicha encuesta se volverá a pasar tras las actividades, para valorar la efectividad de las actividades,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1195

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA: "TERUEL CAMINA CON GUSTO"

- sus conocimientos sobre la salud y su implicación sobre los factores en los que actuar
- Así mismo, se les entregará una encuesta de Calidad, para valorar la satisfacción de los participantes

#### DURACIÓN

- Una sesión informativa a los profesionales del Centro de Salud en Abril de 2017
- Charla/paseo a la población en grupos reducidos, comenzando en mayo de 2017 (excluyendo meses de verano):
  1. Primera charla/paseo: hipercolesterolemia (Mayo)
  2. Segunda charla/paseo: obesidad (Junio)
  3. Tercera charla/paseo: hipertensión arterial (octubre)

#### OBSERVACIONES

Como todo proyecto de educación sanitaria es a largo plazo, con fechas aproximadas, según la disponibilidad del personal y del Centro, y con posibles modificaciones según las valoraciones de los usuarios.

#### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... VICTORIANO LOU DOMINGO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA  
MONGE ILLANES ALEJANDRO  
GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN  
ESCUADERO RIOS MARIA ASUNCION  
FUSTERO FUSTERO SARA  
GOMEZ ROYO ANA MARIA  
MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se realizó en mayo sesión formativa de los profesionales médicos y de enfermería sobre el uso adecuado de los inhaladores, eminentemente práctica para el manejo de los mismos y dar instrucciones claras a los pacientes. El resto de las actividades programadas en un principio no se han realizado, por diversas circunstancias, por lo que damos por finalizado el proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
No realizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
No realizado

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/524 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0524

Título  
EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Autores:  
LOU DOMINGO VICTORIANO, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, MONGE ILLANES ALEJANDRO, GALLARDO GANUZA MARIA CARMEN, ESCUDERO RIOS MARIA ASUNCION, FUSTERO FUSTERO SARA, GOMEZ ROYO ANA MARIA, MONTOLIO PLUMED JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un problema importante de salud, con una elevada morbimortalidad, comorbilidad asociada y consumo de recursos, que actualmente está infradiagnosticada. El diagnóstico de realiza mediante la clínica y se confirma con la realización de espirometría con broncodilatación. Es fundamental su diagnóstico precoz, siendo los fármacos más eficaces en el tratamiento por vía inhalatoria. El uso de estos inhaladores es difícil sin la educación oportuna y sujeto a errores, por lo que nos planteamos la realización de educación individual y grupal en el uso de los mismos.

RESULTADOS ESPERADOS  
La educación en el uso de inhaladores favorecería la efectividad y eficiencia en el control de la enfermedad y los síntomas, disminuirían los errores de uso de los mismos y aumentaría la adherencia de los pacientes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0524

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION INDIVIDUAL Y GRUPAL EN EL USO DE INHALADORES EN PACIENTES CON EPOC DE 40 A 79 AÑOS

Podríamos hacer también educación sanitaria, favoreciendo el autocuidado del paciente y la disminución de reagudizaciones, mejorando su calidad de vida.

#### MÉTODO

1. Realizar una **SESIÓN FORMATIVA** tanto de profesionales médicos como de enfermería en el uso adecuado de inhaladores.
2. Revisión de todos los pacientes con el diagnóstico de EPOC, para comprobar la prescripción de inhaladores.
3. Educación individual: cuando el profesional médico prescriba un inhalador, el paciente irá a la farmacia a buscarlo y acudirán nuevamente al centro, a la consulta de enfermería, donde se le darán instrucciones claras de manejo. A los 15 días se realizará una consulta programada de enfermería para observar la forma de utilización y detectar posibles errores y corregirlos. Posteriormente será programado para nuevas visitas de evaluación del uso.
4. Educación grupal: con reuniones grupales de los pacientes diagnosticados de EPOC que usen inhaladores, sobre su uso, errores, adherencia al tratamiento y educación para el autocuidado: alimentación, realización de ejercicio, consumo de tóxicos, detección precoz de reagudizaciones.

#### INDICADORES

1. A los pacientes se les realizará en la primera visita un test de disnea, para poder comprobar en visitas sucesivas la mejoría de los síntomas con el uso correcto de los inhaladores. Se valorará porcentaje de pacientes que ha mejorado su disnea con respecto al total de pacientes.
2. En la segunda visita (a los 15 días) y sucesivas, se valorará el uso correcto del inhalador (carga correcta, sellado de labios, espiración previa, forma de inspiración profunda, apnea de 10 segundos, higiene bucal y limpieza del inhalador). Mediante una tabla propia para cada paciente, valorando el porcentaje de pacientes en los que mejora el uso del inhalador y disminuyen los errores.
3. Valorar si se produce una reducción de las exacerbaciones. En el indicador se valoraría el número de ingresos en 2017 por reagudizaciones con respecto a los ingresos por el mismo motivo en 2018.

#### DURACIÓN

El proyecto se desarrollará a lo largo de todo el año 2018, con el siguiente calendario:

- Abril/Mayo: sesión formativa de los profesionales
- Septiembre: valoración de los pacientes diagnosticados de EPOC, cambios en test de disnea, uso adecuado o inadecuado del inhalador y número de exacerbaciones.
- Diciembre: nueva revaloración de los pacientes.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR LAFUENTE SANCHEZ

- Profesión ..... ENFERMERO/A
- Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADALID GUILLEN URSULA  
IBÁÑEZ JULIAN MARIA PILAR  
MARTIN RODRIGUEZ MARIA  
MONTON BARRERA ESTRELLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACCIONES REALIZADAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS

- Previamente a la realización de la actividad, y a través del colegio se envía una carta a los padres de los alumnos que van a participar en la actividad donde se les informa que un equipo del Centro de Salud de Teruel Ensanche realizan un proyecto comunitario donde les enseñaran a sus hijos a reconocer una emergencia sanitaria y cómo actuar si se produce esta situación, hasta la llegada de los servicios sanitarios y que para poder realizar la actividad cada niño deberá llevar un peluche.
- El día de la actividad, a través de una presentación en formato power-point se imparte primero un taller teórico, donde los niños aprenden a distinguir una emergencia sanitaria, y que el número de teléfono ante una emergencia es el 112 y los datos que deben comunicar al operador.
- A través de la presentación de forma práctica aprenden cual es el icono de llamada desde un teléfono móvil y cómo llamar, así como también aprender a reconocer el icono de ubicación (GPS) y cómo activarlo.
- Posteriormente se realizan talleres prácticos para que los niños diferencien cuando una persona está consciente y cuando está inconsciente.
- Si está inconsciente aprenden a diferenciar que si respira y tiene pulso, colocaran a la persona en posición lateral de seguridad. Practicando en parejas dicha posición.
- Y si está inconsciente y no respira y no tiene pulso, se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar. Practicando con maniqués de RCP y sus peluches.
- Para finalizar se canta una canción repasando los conceptos aprendidos y practicando con sus peluches la PLS y la RCP.

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN

- En el curso escolar 2017/2018, se ha impartido talleres a los alumnos de Educación Infantil de los Colegios La Salle y el Ensanche.
- Entre el primer y segundo trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 3º y 2º de infantil.
- El 17 de Diciembre de 2018 a las 9:00 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 48 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1h y 30 minutos.
- El día 20 de Febrero de 2019 a las 10:30 h se impartió el taller a los alumnos de 3º de Infantil del Colegio Ensanche, participando un total de 59 niños y 3 profesoras de Educación Infantil y 3 alumnas en prácticas de magisterio, con una duración aproximada de 1 h y 30 minutos.
- El día 26 de Febrero de 2019 a las 9:00 h, se impartió el taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio de la Salle, participando un total de 55 niños y 2 profesoras de Educación Infantil, con una duración aproximada de 1 hora y 30 minutos.
- El día 5 de Marzo de 2019 a las 9:30 h está previsto impartir el Taller a los alumnos de 2º de Infantil del Colegio Ensanche.
- Y en el tercer trimestre del curso escolar se realizan los talleres con los alumnos de 1º de infantil de ambos colegios.

MATERIALES UTILIZADOS

- ? Nota informativa de la actividad a realizar para cada familia.
- ? Presentación en power-point, para lo que hemos precisado en el Colegio de la Salle, las pizarras digitales y en el Colegio del Ensanche, proyectores.
- ? 4 Maniqués de RCP
- ? Diplomas de participación del taller para cada niño
- ? Y peluches que ha aportado cada niño.

ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

- Encuestas realizadas al profesorado sobre el nivel de satisfacción de la actividad.
- En estas encuestas el 100% del profesorado nos contestó que la actividad estaba adecuada a las edades de los niños, con un material didáctico adaptado a su nivel.
  - Y el 100% también nos contestó que la actividad la consideraban necesaria en el aprendizaje de los niños y todos recomendarían la realización de esta actividad.

Números de talleres realizados por colegios:

- Durante el curso escolar 2018/2019 se ha impartido en el Colegio La Salle 2 talleres, en el que han participado los niños de 3º y 2º de infantil, y queda pendiente para el tercer trimestre del curso escolar, realizar otro taller para los niños de 1º de educación infantil.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

- Y en el Colegio del Ensanche, se ha impartido un taller a los niños de 3º de infantil y queda pendiente realizar el día 5 de marzo otro taller para los niños de 2º de infantil y otro en el tercer trimestre del curso escolar para los niños de 1º educación infantil.

Número de participantes en cada taller/ número total de alumnos en esa clase.

- Colegio de la Salle 3º de infantil: número de participantes 46 de un total de 48 (95% de los niños).

- Colegio de la Salle 2º de infantil: número de participantes 55 de un total de 55 niños (100% de los niños).

- Colegio del Ensanche 3º de infantil : número de participantes 59 niños de un total de 60 (98% de los niños).

En todos los talleres los niños que no acudieron fue porque ese día se encontraban enfermos.

Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesorado en educación infantil.

- Colegio de la Salle 3º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).

- Colegio de la Salle 2º Infantil: número de participantes 2 de un total de 2 (100%).

- Colegio del Ensanche 3º Infantil: número de participantes 3 de un total de 3 (100%).

Además, también participaron las 3 profesoras de prácticas de Magisterio que se encontraban en las 3 aulas de 3º de infantil.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### RESULTADOS ALCANZADOS

Los niños de Educación Infantil:

1. Conocen lo que es una Emergencia Sanitaria.

2. Aprenden cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar el GPS en el móvil para su localización.

3. Se les enseña que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.

4. Y los datos que deben comunicar al operador del 112.

5. Aprenden cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios, practicando la Posición Lateral de Seguridad y a la Reanimación cardiopulmonar adaptada ellos.

##### IMPACTO DEL PROYECTO

La escuela constituye sin duda, un ambiente idóneo para que los niños se inicien en el conocimiento y aprendizaje de medidas de soporte vital, con prácticas como la PLS y RCP, implementando la formación por niveles y adaptando los talleres a sus edades.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los profesores han mostrado un gran interés por la actividad y la han valorado como positiva, porque los alumnos aprenden cosas muy importantes. Algunos nos han transmitido que debería realizarse de forma anual e incluso que les gustaría que esta actividad de primeros auxilios se ampliase a todo el profesorado y a los niños de primaria.

- Los niños acuden a los talleres muy ilusionados porque vienen acompañados de sus peluches y les encanta participar en los talleres.

- Algunos padres a través del profesorado nos han transmitido también, que la actividad la ven muy positiva y que los niños aprenden cosas muy importantes y que luego les encanta practicar en casa todo lo que han aprendido en los talleres.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1508 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1508

Título  
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Autores:  
LAFUENTE SANCHEZ MARIA PILAR, MARTIN RODRIGUEZ MARIA, IBAÑEZ JULIAN MARIA PILAR, ADALID GUILLEN URSULA, MONTON BARRERA ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Niños

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: PRIMEROS AUXILIOS

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1508

### 1. TÍTULO

#### PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE EDUCACION INFANTIL

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:   
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
En los colegios se ha generado una demanda por parte de los profesores hacia ciertos profesionales sanitarios para que los niños desde las edades más tempranas sepan detectar y como actuar ante una emergencia sanitaria. Por lo que actualmente en algunos colegios se está llevando esta educación sanitaria sin estar incluida en ningún programa de salud.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
-Los niños de Educación Infantil de algunos colegios de Teruel conocerán que es una Emergencia Sanitaria y como actuar ante estas situaciones, a través de la realización de talleres.  
-Adquirirán las habilidades para saber dirigirse al teléfono de emergencias 112.  
-Y se motivara al profesorado en la tarea de formarse y participar con los alumnos en los talleres.

**MÉTODO**  
1. Conocer lo que es una Emergencia Sanitaria  
2. Enseñar cómo deben de llamar desde cualquier teléfono y como activar GPS para su localización.  
3. Saber que el número de teléfono ante una emergencia es el 112.  
4. Conocer los datos que deben de comunicar al 112.  
5. Saber cómo actuar ante una emergencia hasta la llegada de los Servicios Sanitarios. (Posición lateral de Seguridad y Reanimación Cardio Pulmonar adaptada a niños).

**INDICADORES**  
-Se facilitarán una encuesta de satisfacción al profesorado de las clases de Educación Infantil.  
- Números de talleres realizados por colegios  
- Número de participantes en cada taller / número total de alumnos de esa clase.  
- Número de profesores que han participado en los talleres / número total profesado en Educación Infantil.

**DURACIÓN**  
Desde Septiembre 2018 hasta Junio 2019. En el primer trimestre del curso escolar se harán talleres con alumnos de 3º de infantil. En el 2º trimestre se harán talleres con alumnos de 2º de infantil. Y en el 3º trimestre se harán los talleres con alumnos de 1º de infantil.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:   
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:   
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:   
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:   
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA MUÑOZ TOMAS  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VILLA ORO MARIA JESUS  
QUILEZ MARTINEZ ANA PIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018: Elaboración de presentación mediante Power Point con conceptos básicos teóricos sobre anatomía y funcionamiento de la biomecánica de columna. Elaboración de hojas de ejercicios y de recomendaciones posturales.

Planificación de las sesiones de la siguiente manera:

- 1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.
- 2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.
- 3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.
- 4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".

ABRIL 2018: Realización de cambios en los horarios de la agenda de Fisioterapia para configurar los grupos e introducir a los participantes.  
Selección de los participantes según criterio de Fisioterapeutas en base a patología y número de veces que habían recurrido a la utilización del Servicio de Fisioterapia en Atención Primaria previamente.

MAYO/JUNIO 2018 y OCTUBRE/NOVIEMBRE 2018: Realización de las actividades propias de la Escuela de Espalda por parte de los participantes.  
Cada grupo realizó la actividad durante un mes completo, distribuido como se describe en la planificación de las sesiones. Un día por semana con una duración de 45 minutos cada sesión. Por lo tanto cada grupo realizó 4 sesiones en el mes.  
Total de grupos realizados: 4.

DICIEMBRE 2018: Evaluación de los datos obtenidos en las encuestas pasadas a los participantes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han comenzado las actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Teruel Ensanche.
- Se han desarrollado 4 grupos de Escuela de Espalda que se han completado durante los meses de mayo, junio, octubre y noviembre.
- Se ha enseñado a la población que ha participado en la actividad, medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel de la columna.

#### INDICADORES

- Número total de participantes: 20
- Número de participantes que completan la actividad: 15
- Tiempo empleado en la realización de la actividad: 45 minutos semanales, 4 sesiones al mes durante 4 meses.
- Número de participantes que valoran la actividad muy favorablemente: 11
- Número de participantes que valoran la actividad favorable: 4
- Número de participantes que valoran la actividad nada favorable: 0
- El 100% de los participantes opinan que les ha resultado útil asistir a "Escuela de Espalda".

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actividad bien aceptada por los participantes.  
Debería modificarse el procedimiento de selección y valorar la posibilidad de que fueran los MAP los que propusieran la actividad en sus consultas ya que es el primer contacto del paciente con su MAP, y así poder elaborar una posible lista con candidatos a realizar la actividad. El procedimiento de inclusión de los participantes en estos primeros grupos realizados ha sido a criterio de Fisioterapeutas, pero eso supone la búsqueda en agendas de citaciones y recabar los datos del diagnóstico, para poder valorar si son candidatos a realizar la actividad. Mientras que si se propusiera como un acto terapéutico único por parte del MAP cuando se valora al paciente en la consulta, directamente ya dispondríamos de los pacientes para incluirlos en "Escuela de Espalda".

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE - TERUEL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/187 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0187

Título  
IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD TERUEL-ENSANCHE

Autores:  
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, VILLA ORO MARIA JESUS, QUILEZ MARTIN ANA PIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Desde la Unidad de Fisioterapia del Centro de Salud Ensanche - Teruel, se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones encaminadas a la promoción de la salud y tareas preventivas ya que la totalidad de la actividad de Fisioterapia actualmente es 100% asistencial.

Gran parte de esa actividad asistencial se centra en el tratamiento de algias vertebrales, contracturas y patología relacionada con dolor a nivel vertebral y paravertebral. Apreciándose además que en numerosas ocasiones los usuarios de la Unidad de Fisioterapia acuden a ella por el mismo motivo incluso en más de una ocasión. Los pacientes afectados de estas patologías reciben tratamiento encaminado a reducir el dolor y mejorar la movilidad del aparato locomotor pero no se realiza actividad preventiva alguna para evitar las recidivas y los nuevos episodios de estas patologías en cuestión.

La importancia de este proyecto radica en intentar disminuir la incidencia de casos relacionados con algias vertebrales y contracturas a nivel muscular mediante la puesta en marcha de una "Escuela de Espalda" destinada a enseñar todo aquello relacionado con el aprendizaje de medidas de higiene postural, hábitos correctos en la realización de actividades cotidianas y laborales, aplicación y puesta en marcha de ejercicios o programas de ejercicios destinados a prevenir problemas osteo-articulares de la columna vertebral y recidivas de los episodios dolorosos, reduciendo de esta manera la asistencia a tratamiento fisioterápico por este tipo de lesiones y minimizando por tanto la afectación de los pacientes en número de episodios por estos motivos.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
- Comenzar actividades de prevención y promoción de la salud desde la Unidad de Fisioterapia de Centro de Salud Ensanche -Teruel.  
- Desarrollar la actividad de "Escuela de Espalda" mediante terapias grupales.  
- Disminuir la incidencia de episodios por algias vertebrales y contracturas musculares.  
- Enseñar a la población medidas encaminadas a prevenir la aparición de contracturas musculares y episodios de dolor a nivel vertebral.

**MÉTODO**  
Las acciones previstas para lograr los objetivos expuestos consisten en ciclos mensuales de "Escuela de Espalda" en grupos de 5-6 personas que acudirán a una sesión semanal durante un mes con un total de 4 sesiones que se distribuirán de la siguiente manera:  
- 1ª sesión: Nociones teóricas sobre aspectos relacionados con la higiene postural, mecánica corporal y hábitos correctos de movilización.  
- 2ª sesión: Valoración física global y comienzo del programa de ejercicios. Tonificación muscular de tren superior e inferior y ejercicios de amplitud articular de tronco.  
- 3ª sesión: Continuación del programa de ejercicios. Estiramientos musculares y prácticas de higiene postural.  
- 4ª sesión: Relajación, dudas y evaluación de la actividad "Escuela de Espalda".  
Para la implantación de la actividad, serán necesarios cambios en la distribución horaria para disponer de espacio y tiempo para la realización de la actividad.

**INDICADORES**  
- Número de participantes en "Escuela de Espalda"/ número de pacientes derivados con diagnóstico de algia

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0187

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE "ESCUELA DE ESPALDA" EN CENTRO DE SALUD ENSANCHE – TERUEL

vertebral o contractura muscular.

- Tiempo empleado en la realización de "Escuela de Espalda"/ tiempo total de atención fisioterápica.
- Número de pacientes que valoran favorablemente la actividad de "Escuela de Espalda" mediante encuesta a tal efecto.
- Número de participantes que abandonan / número de pacientes incluidos en la actividad.

#### DURACIÓN

- Duración de cada ciclo de "Escuela de Espalda": Un mes distribuido en 4 sesiones semanales de 45 minutos de duración cada una. La primera sesión teórica en Sala de Docencia y resto de sesiones prácticas en Sala de Fisioterapia.
  - Responsable: Una Fisioterapeuta.
  - Plan de comunicación: En primera visita de Fisioterapia se seleccionarán los pacientes candidatos a realizar la actividad y se les comunicará el modo de acceder a ella.
  - Fecha de inicio: Abril 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y modificación de horarios para la implantación de las sesiones.
  - Mayo y Junio 2018: Inicio de las sesiones grupales.
  - Fecha de finalización: Diciembre 2018 con excepción de Julio y Agosto 2018 en los que se realizará evaluación de los dos primeros meses de implantación de "Escuela de Espalda".
- Posibilidad de continuar la actividad en 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS VILLA ORO  
· Profesión ..... FISIOTERAPEUTA  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. FISIOTERAPIA EN AP  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA  
ROMERO POBO DOMINICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
SEPTIEMBRE 2018: Elaboración de presentación en Power Point sobre Higiene Postural para alumnos de Primer ciclo de Primaria (1º y 2º curso).  
OCTUBRE 2018: Conversaciones con Jefatura de Estudios de Colegio Público Fuenfresca para valorar la posibilidad de realizar la actividad y futuras fechas probables para su realización.  
Elaboración de folletos con recomendaciones para entregar a los escolares.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
La actividad de iniciar las charlas en los colegios aún no se ha llevado a cabo, aunque ya hay concertada una fecha pactada con el Colegio Público Fuenfresca para realizar las dos primeras charlas el día 21 Febrero 2019, con los cursos 1º y 2º de primer ciclo de primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Ha quedado pendiente la realización de las primeras charlas.  
PERTINENCIA DEL PROYECTO:  
Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.  
Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares. La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/211 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0211

Título  
EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Autores:  
VILLA ORO MARIA JESUS, MUÑOZ TOMAS MARIA TERESA, ROMERO POBO DOMINICA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Población sana  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Actualmente las malas posturas entre la población escolar están muy extendidas tanto en los centros educativos como en actividades de su vida cotidiana. Estos hábitos y actitudes incorrectas en las posturas de los escolares pueden llegar a desencadenar patologías a nivel vertebral.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0211

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION PARA LA SALUD EN ESCOLARES TUROLENSES: HABITOS POSTURALES CORRECTOS Y FOMENTO DE ACTIVIDAD FISICA

Por lo tanto, la higiene postural es de gran importancia en la adquisición de posturas correctas y el mantenimiento de una buena salud en la población infantil. Además, otro gran problema actual en esta edad temprana es el aumento del sedentarismo y la inactividad física lo que conlleva un aumento de los dolores de espalda entre los escolares.

La columna vertebral es un elemento importantísimo para una postura corporal correcta. Su estabilidad y un buen tono muscular son imprescindibles en la prevención de lesiones.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la participación comunitaria involucrando a la población infantil de forma activa en su salud.
- Enseñar a los escolares a tomar conciencia de su esquema corporal y hábitos posturales adecuados.
- Dar recomendaciones a la población escolar sobre la correcta colocación de mochilas y sobre hábitos posturales correctos dentro del aula.
- Fomentar la realización de actividad física y la participación en aquellas actividades encaminadas a reducir el sedentarismo.

#### MÉTODO

Las acciones previstas para lograr estos objetivos consistirán en una serie de charlas a los alumnos de Educación Primaria de algún centro educativo de Teruel capital en las que se insistirá en hábitos posturales correctos por parte de un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria y fomentar estilos saludables respecto a la inactividad física en la población infantil.

Las charlas se impartirán a los alumnos de Educación Primaria intentando dar cobertura al mayor número de alumnos posible según disponibilidad de tiempo y alumnado, con una metodología activa y participativa potenciando la intervención entre los escolares para que sean protagonistas de su aprendizaje.

Estas charlas serán de una hora de duración aproximadamente concertándolas previamente con la Dirección del Centro Educativo.

#### INDICADORES

- Número de Centros Educativos en los que se impartirá la formación.
- Número de niños asistentes a las charlas / número de niños de Educación Primaria del Centro Educativo en el que se imparten las charlas.
- Porcentaje de niños escolarizados que sufren dolores de espalda.
- Número de charlas impartidas / Centro Educativo.

#### DURACIÓN

- Duración de cada charla será de una hora aproximadamente.
- Responsable: Un Fisioterapeuta de Área de Atención Primaria.
- Plan de comunicación: Los responsables del Centro Educativo informarán en tiempo y modo a los escolares de la realización de la actividad.
- Fecha de inicio: Septiembre 2018: Elaboración de charla inicial mediante presentación de Power Point y elaboración de folletos (tipo díptico o tríptico) para difundir entre los escolares.
- A partir de Octubre 2018: Inicio de las charlas programadas adecuadamente.
- Fecha de finalización: Diciembre 2018 con posibilidad de continuar en el siguiente curso escolar o aumentar el número de Centros Educativos.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SUSANA ROSA MORALEDA  
· Profesión ..... HIGIENISTA DENTAL  
· Centro ..... CS TERUEL ENSANCHE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. SALUD BUCODENTAL  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BARRERA SORIANO BEATRIZ  
MONTON GASCON BEATRIZ  
MARTIN PRIETO MARIA LUISA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- ENERO 2018:

. Elaboración Presentación en Power Point de las Charlas de Salud Bucodental orientadas a alumnos de 1º de Primaria ( niños de 6-7 años ); donde se les explica a los niños de forma sencilla, dinámica y divertida los conceptos relacionados con su Salud Bucal, para la adquisición de buenos hábitos Higiénico- Dietéticos, ( alimentación saludable, correcto cepillado...).

. Elaboración Presentación en Power Point del Taller de Cepillado Dental orientado a alumnos de 2º de Primaria ( niños de 7-8 años ); donde de forma práctica se les enseña al correcto cepillado de sus dientes y correcto uso del Hilo dental.

. Primer contacto con los responsables de los distintos centros escolares de la zona, para ir viendo su interés y empezar a concretar fechas de la realización del proyecto.

. Preparación de los distintos materiales necesarios para realizar las actividades. ( Espejos, servilletas, vasos, Revelador de Placa, Hilo Dental )

. Realización de fotocopias necesarias. A cada alumno después de la actividad se les entrega:

- Carta del Gobierno de Aragón con la Información del PABIJ (Programa Atención Bucodental Infanto- juvenil de Aragón).

-Copia del Tríptico facilitado por Sanidad del Programa de Dientes Sanos.

-Calendario mensual de apoyo donde indican cuántas veces se cepillan al día.

-Certificado de participación en la actividad.

. Informar al profesorado sobre el programa de Colgate Sonrisas Brillantes ; para que soliciten el material necesario para el taller ( cepillos de dientes y pasta dental ).Este programa es específico para los colegios.

. Puesta en contacto con Profesora del Módulo de Técnico Superior en Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel para coordinar los Talleres; junto con sus alumnas estos talleres son más dinámicos y efectivos, por disponer de personas formadas para enseñar prácticamente de forma individual a cada niño.

-FEBRERO 2018:

. Organización de la agenda.

-MARZO-ABRIL 2018:

. Realización de las Charlas Y los Talleres para los alumnos de 1º y 2º de Primaria en los Colegios: CEIP Las Anejas y CEIP La Fuenfresca de Teruel.

-OCTUBRE 2018:

. Puesta en contacto con Periódico local "Diario de Teruel "para dar conocimiento del Programa PABIJ y de la actividad realizada en la Unidad de salud Bucodental desde el Centro de Salud de Teruel Ensanche.

-DICIEMBRE 2018:

. Evaluación de la actividad; para ello a cada alumno se le facilita posteriormente una encuesta para valorar si han asimilado los conocimientos dados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 1º de Primaria

- Participación del 100% de los niños escolarizados en Colegio CEIP Anejas y CEIP Fuenfresca de 2º de Primaria

- Para la realización de las Charlas y Talleres se han empleado un total de 12 horas de la jornada laboral.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Participación activa por parte del alumnado y muy buena colaboración del profesorado; donde ya hemos concretado la actividad para próximo año.

- Dar a conocer la actividad en un medio local como el " Diario de Teruel " ha hecho que Profesorado y Asociaciones de Padres de otros Centros nos trasmitan su interes en que realicemos esta actividad en sus respectivos Centros Docentes.

- Con las encuesta entregadas al final de las distintas actividades, se ha observado una buena asimilación de las ideas que se querían transmitir.

- La colaboración de Profesora y Alumnas de 2º Curso del Módulo de Técnico Superior de Higiene Bucodental del Instituto Vega del Turia de Teruel es esencial, ya que permite de forma prácticamente individualizada explicar a cada niño/a las Técnicas correctas de Cepillado e Hilo Dental y a ellas les facilita la realización de actividades prácticas en relación al módulo.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165

### 1. TÍTULO

#### SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/165 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0165

Título  
SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL

Autores:  
ROSA MORALEDA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TERUEL ENSANCHE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Caries y enfermedad de las encías  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: Educación para la Salud

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
En la Unidad de Salud Bucodental de Teruel ( USBD ), se ha detectado la necesidad de llevar a cabo actuaciones dirigidas a la Promoción - Prevención de la salud bucal infantil; así como a la información sobre PABIJ ( Programa de atención Bucodental Infantil y Juvenil en Aragón ).  
Los niños que acuden a nuestra unidad, en la mayoría de los casos ya han desarrollado " caries dental " u otras patologías y tanto ellos como sus padres desconocen qué tipo de actuaciones son importantes y necesarias para evitar la enfermedad. Aquí también tenemos que informar de en qué consiste el PABIJ y qué prestaciones ofrece. La importancia de este proyecto consiste en disminuir la incidencia de caries y enfermedad de las encías, intentando conseguir un cambio en los hábitos dietético-higiénicos; así como concienciar a los niños y a través de ellos a los padres de la necesidad del cuidado de nuestra boca desde la infancia y también de la importancia de revisiones y visitas asiduas a nuestra Unidad de Salud bucodental.  
Todo esto lo podremos desarrollar por medio de Charlas y Talleres en los colegios de la zona.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Educación para la Salud de todos los asistentes respecto a :  
- La importancia de tener una Boca Sana desde la infancia; de los problemas que nos pueden surgir; el motivo de por qué se producen las Caries y enfermedad de las encías.  
- Qué podemos hacer para no desarrollar la Enfermedad. ( Caries, enfermedad de las encías ... )  
- Alimentación saludable.  
- Correcto Cepillado de Dientes.  
- Los beneficios de acudir a la Consulta dental asiduamente.

**MÉTODO**  
Consiste en un conjunto de Charlas y Talleres con una presentación en Power point; según edad en los Colegios de Primaria de la localidad, en grupos de 20-40 niños aproximadamente ; dependiendo de la oferta de las aulas, de las instalaciones y de los docentes de cada colegio.  
Para la realización de las distintas actividades nos desplazaremos a cada Colegio; en horario más conveniente tanto para la Unidad como para los Centros educativos; a concretar con la Dirección.

**INDICADORES**  
- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 1º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 1º de Educación Primaria del Centro.

- Número de niños participantes en " Salud Bucodental Infantil " de 2º de Educación Primaria del Centro / alumnos de 2º de Educación Primaria del Centro.

- Tiempo empleado en la realización de la Actividad / total de tiempo de Jornada de trabajo en la USBD de Teruel.

**DURACIÓN**  
- ENERO 2018 : Diseño, realización de Charla y Taller ( Power Point ).

- ENERO a DICIEMBRE 2018 : Realización de las Actividades de 1º y 2º de Educación Primaria en los distintos Colegios.

Esta ACTIVIDAD tendrá una continuidad en años sucesivos ; dependiendo del calendario escolar.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0165**

**1. TÍTULO**

**SALUD BUCODENTAL EN EDAD INFANTIL**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 10/12/2018

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS UTRILLAS  
· Localidad ..... UTRILLAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VALENZUELA FOVED AMPARO  
MIGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.  
Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.  
Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: practicamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.  
Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia ( 4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.  
Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.  
De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicilio y 5 han iniciado Lactancia Artificial  
Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna  
No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.  
Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018  
Menor uso de chupete.  
Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.  
Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/534 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0534

Título  
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:  
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

- .-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna
- .-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año
- .-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño
- .-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

#### RESULTADOS ESPERADOS

- .-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años
- .-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta
- .-Fomentar la donación de la leche materna
- .-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo
- .-Evitar el destete precoz

#### MÉTODO

- .-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
- .-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
- .-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
- .-Recomendar el amamantamiento a demanda
- .-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas
- .-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

#### INDICADORES

- .-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.
- .-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

#### DURACIÓN

- .-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
- .-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
- .-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL MONZON GRACIA  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... CS UTRILLAS  
· Localidad ..... UTRILLAS  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTIZ DOMINGUEZ LAURA  
MARTINEZ RUIPEREZ ELENA  
GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO  
SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACIÓN PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACIÓN GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar. 3.-IMPLANTACIÓN EN EL ANTERIOR CURSO ESCOLAR 2017-2018. Se han impartido los talleres durante los días jueves de todo el mes de mayo de 2018.Asimismo, este tipo de talleres ha sido incluido como actividad curricular en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL correspondiente al Curso 2018-2019.-

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Valoración del grado de consecución de los objetivos específicos del proyecto. .-Se valora positivamente la realización de este proyecto, habiendo sido incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro para el siguiente curso y sucesivos. Asimismo, de las encuestas realizadas a los alumnos se desprende un alto grado de satisfacción, con un porcentaje en torno al 85% de manifestarse su interés por continuar realizando este tipo de talleres en los próximos cursos.  
- Coherencia de lo realizado con el objetivo general del proyecto.-Se estimaba necesaria esta educación básica sanitaria y ha sido acogida de forma satisfactorio tanto por parte del alumnado como por el personal docente.  
- Descripción de los principales resultados alcanzados e impacto del proyecto.- .-Se estima que se han superado todas las expectativas planteadas inicialmente, ya que además se ha extendido a toda la población de la localidad, como se ha expuesto.  
- Indicadores cuantitativos y cualitativos seleccionados y su relación con los objetivos. Como se ha expuesto, el alto porcentaje del alumnado y la unanimidad del profesorado interesado en continuar con la realización de estos talleres, manifestado en las encuestas realizadas así como en el interés mostrado en las sesiones impartidas, muestran el gran interés que esta materia ha despertado entre los asistentes. Comparación de los cambios entre la situación previa (antes del desarrollo del proyecto) y final (en el momento de hacer la memoria). Anteriormente este proyecto no estaba incluido en la PROGRAMACIÓN GENERAL ANUAL del centro escolar que se aprueba al inicio de cada curso, y a partir de su realización ha sido incluido en la misma; asimismo, se realizan talleres de reciclaje en la población de la localidad.  
- Grado de implicación y participación de los grupos y población destinataria en el desarrollo del proyecto. También la participación de los participantes en la evaluación del proyecto. El alto grado de implicación del alumnado, ya que prácticamente todo el alumnado ha participado; asimismo, la totalidad del profesorado, y la dirección del centro, e incluso algunas personas han aportado de forma voluntaria su pericia en la realización de materiales audiovisuales. También se ha implicado el Ayuntamiento de la localidad ofreciendo adquisición de material específico así como el uso de dependencias de edificios públicos para la realización de los talleres y la respuesta de un gran número de vecinos participantes en los mismos, definiendo así a la localidad como un municipio CARDIOPROTEGIDO.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Recomendaciones para asegurar el afrontamiento de las dificultades y la flexibilidad del proyecto. Valoración de la viabilidad y factibilidad del proyecto. Como se ha expuesto, se estima oportuno continuar en la misma línea que la inicialmente adoptada, implicando no solo al centro escolar, sino también a la población de la localidad, con la necesaria colaboración de la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil y el Ayuntamiento.  
- Medidas para facilitar la sostenibilidad de las actuaciones y su integración en la dinámica del centro. Posibilidades de extensión y replicabilidad de las iniciativas en otros centros. En este sentido, se ha propuesto su realización en el centro escolar de la localidad de Aliaga, y asimismo se extenderá su realización a otras localidades dependientes del centro de salud de Utrillas, interesando la colaboración necesaria de la Dirección de Atención Primaria en Teruel

#### 7. OBSERVACIONES.

Se estima conveniente, dada la magnitud e interés mostrado por este proyecto, proponer su inclusión en la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

##### AGENDA COMUNITARIA.

- Principales conclusiones y recomendaciones para la realización de la evaluación y la redacción de la memoria del proyecto de atención comunitaria.
- Se valora muy positivamente la consecución de este proyecto en este primer curso escolar 2018, estimándose que la respuesta dada por todos los participantes del centro escolar, así como su extensión y repercusión en el resto de la población, teniendo en cuenta además que se trata de un centro escolar de referencia COMARCAL, y el interés despertado hacia este proyecto en otros centros escolares y localidades de la comarca, han concedido un gran apoyo para su mantenimiento en próximos años
- Se recomienda asimismo a todas las instituciones municipales y comarcales de referencia su implicación en el proyecto.
- Nuevas necesidades identificadas de formación sobre la metodología de evaluación.
- Se considera muy positivo el compromiso de realizar un MANUAL PRÁCTICO de PRIMEROS AUXILIOS a raíz de este proyecto que pueda servir para su uso en el centro escolar así como para el resto de la comunidad educativa, siendo los propios alumnos sus ilustradores y los responsables y colaboradores del proyecto sus redactores.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1157 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1157

Título  
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

Autores:  
MONZON GRACIA ANA ISABEL, ORTIZ DOMINGUEZ LAURA, MARTINEZ RUIPEREZ ELENA, GARCIA EZPELETA FRANCISCO EMILIO, SANCHEZ BOIX CARLOS AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS- PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: FORMACION Y EDUCACION PARA LA SALUD COMUNITARIA

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Desde el consultorio local, dependiente del CS DE UTRILLAS y desde el CENTRO ESCOLAR DE MONTALBAN., se desarrolla este proyecto de formación de la Comunidad Educativa en Primeros Auxilios y Maniobras RCP, especialmente destinado a adquirir conocimientos básicos para poder actuar ante una emergencia.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Primero: Como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en temas fundamentales sobre la SALUD  
Segundo: Como objetivos específicos, se propone dar a conocer a la población infantil, adolescente y adulta relacionada con la misma, como docentes o monitores, las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia.  
Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emergencia vital

##### MÉTODO

- 1.-Reunión inicial: Entre el equipo directivo del Centro Escolar, la enfermera del consultorio médico local de Montalbán y la médico del CS de Aliaga para la propuesta y creación del proyecto, en su caso, así como detectar inquietudes.
- 2.-Concreción del proyecto : Se presentan las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando los contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, e involucrar a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva.
- 3.-Posteriores reuniones: Se procede a contactar con el maestro especialista de MUSICA para la composición de un tema musical específico para el proyecto
- 4.-Encuentro con alumnos y profesores de ESO: Serán los encargados de hacer los videos representativos de cada caso propuesto sobre situaciones de emergencias explicados en los talleres.
- 5.-Contacto con la Agrupación de Voluntarios de Protección Civil de la Comarca Cuencas Mineras: Se ofrecen para prestar el material, necesario para la realización práctica de los talleres de RCP

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1157

### 1. TÍTULO

#### FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS, MANIOBRAS RCP Y USO DE DESA EN EL COLEGIO "COMARCA CUENCAS MINERAS" DE MONTALBAN (TERUEL)

6.-Reunión con el Ayuntamiento de Montalbán: Se ofrece ayuda para el mantenimiento del material y la adquisición de las mascarillas utilizadas en los talleres.

#### INDICADORES

- 1.-Encuestas iniciales para determinar el grado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar respecto de PRIMEROS AUXILIOS y MANIOBRAS DE RCP,
- 2.-Encuestas posteriores para determinar el grado de adquisición de conocimientos una vez realizados los talleres adaptadas a cada uno de los niveles educativos.
- 3.-VALORACION POR EL PROFESORADO: Desde el claustro de profesores del centro escolar se estima conveniente incluir el proyecto en la programación del próximo curso.

#### DURACIÓN

- 1.-DURACIÓN: Se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso el desarrollo de TRES SESIONES, de unas 2 horas para 1º y 2º ESO, y de 1 hora de duración para EDUCACION PRIMARIA y de 30 minutos para E.INFANTIL, para ofrecer talleres prácticos de FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y MANIOBRAS DE RCP, así como otras DOS SESIONES dirigidas al profesorado de unas 2 horas de duración cada una de ellas, para que así puedan implicarse en la impartición de los próximos talleres
- 2.-CALENDARIO PREVISTO:Se ofrecerán talleres en los siguientes cursos con el compromiso por parte de la dirección del centro escolar de ser incluidos en la PROGRAMACION GENERAL DEL CENTRO ESCOLAR que es aprobada al inicio de cada curso escolar por el consejo escolar.
- 3.-IMPLANTACION EN ESTE CURSO ESCOLAR 2017-2018. Durante el curso escolar actual se han impartido los talleres durante los días jueves de todo el mes de mayo de 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANNA IRENA BIDZINSKA BIDZINSKA  
· Profesión ..... MATRONA  
· Centro ..... CS UTRILLAS  
· Localidad ..... UTRILLAS  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VALENZUELA FOVED AMPARO  
MINGUILLON SANZ ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- .-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal
- .-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses
- .-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria
- .-Recomendar el amamantamiento a demanda
- .-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas
- .-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche
- .-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)
- .-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)
- .-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

Realización de talleres de educación grupal compuestos por 2-10 personas. En ellos además de talleres prácticos también información teórica sobre: la composición de la leche materna, beneficios para la madre y el bebé, contraindicaciones y falsas contraindicaciones.

Creación de una consulta individual de apoyo y ayuda en LM: observar y valorar una toma al pecho e identificar problemas, si los hubiera. La mujer puede acudir cada día (de lunes a viernes) a las 13.30h a la consulta de la matrona sin pedir cita previa.

Realización de talleres de lactancia materna el lunes 11.45-12.30: practicamos las técnicas de extracción de la leche, masaje de pecho, posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- \*Todas las mamás que realizar lactancia materna lo hacen a demanda.
- \*Grupo de apoyo de otras mamás voluntarias con experiencia ( 4 mujeres) que pueden ayudar por las tardes.
- \*Cuatro grupos de Educación Materna con total 19 participantes.
- \*De las 44 puérperas, 35 han iniciado la Lactancia Materna, 4 han cambiado de domicilio y 5 han iniciado Lactancia Artificial
- \*Más de 75% de las mujeres han iniciado la Lactancia Materna
- \*No se puede especificar el número de mujeres con lactancia prolongada por el tiempo limitado.
- \*Aumentado el número de madres donantes de la LM, 4 mujeres en año 2018
- \*Menor uso de chupete.
- \*Control de peso con la colaboración de Consulta de Pediatría C.S Utrillas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Buena colaboración de todo el equipo, las mujeres con problemas de LM derivadas a mi consulta, consultas telefónicas en caso de dudas.

Queda pendiente la valoración de objetivos: nº LM exclusiva hasta los 6 meses y nº de lactancia prolongadas.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/534 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0534

Título  
PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:  
BIDZINSKA BIDZINSKA ANNA IRENA, VALENZUELA FOVED AMPARO, MINGUILLON SANZ ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS UTRILLAS

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
.-Mejora la educación a las madres y padres sobre lactancia materna  
.-Favorece los conocimientos, aptitudes y prácticas sobre la lactancia materna en los niños menores de 1 año  
.-Garantiza una alimentación saludable que mejora la calidad de vida del niño  
.-Los beneficios de la lactancia materna para la madre

RESULTADOS ESPERADOS  
.-Conseguir mejorar los resultados de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses y la complementaria hasta los 2 años  
.-Fomentar la participación de las madres lactantes que acuden a la consulta  
.-Fomentar la donación de la leche materna  
.-Incluir a la familia en las actividades de educación y apoyo  
.-Evitar el destete precoz

MÉTODO  
.-Apoyo a la lactancia materna pre y postnatal  
.-Recomendar la lactancia exclusiva hasta los 6 meses  
.-Recomendar lactancia prolongada hasta los 2 años con alimentación complementaria  
.-Recomendar el amamantamiento a demanda  
.-Enseñar las posiciones correctas, vaciado eficaz de las mamas  
.-Enseñar las técnicas de extracción y almacenamiento de la leche

INDICADORES  
.-Valorar en la consulta el éxito de las madres lactantes y la continuidad en la lactancia durante, al menos, el periodo indicado como recomendado.  
.-Aumentar considerablemente las madres lactantes que sean donantes de leche materna, contabilizando al final de cada periodo anual este registro

DURACIÓN  
.-Clases de preparación al parto (viernes, 10,30-12,30)  
.-Talleres de lactancia materna (lunes, 11,45-12,30)  
.-Consulta individual de apoyo y ayuda en lactancia materna (lunes, martes, jueves y viernes, a las 13,30)

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0534**

**1. TÍTULO**

**PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA**

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

### 1. TÍTULO

#### POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... CARLOS MATAMALA GIMENO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS VILLEL  
· Localidad ..... VILLEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEGURA LARA ANA MARIA  
LEON MIGUEL PURIFICACION  
BESER PUIG EUGENIO  
GARCIA GARCIA PILAR  
MARTIN ELENA ROBERTO  
MIGUEL POSA JORGE  
HERNANDEZ AVILA CARLOS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se llevaron a cabo durante los meses de Mayo y Junio de 2018 sesiones clínicas formativas a los miembros del EAP de Villel, mediante presentación en formato powerpoint, que incluían la pertinencia del proyecto, los objetivos a alcanzar y una revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias. Se hizo especial hincapié sobre Médicos y Enfermeros de Atención Continuada, por ser quienes realizan durante más horas esta función. Se estableció qué fármacos de los habitualmente empleados por vía intramuscular eran susceptibles de ser empleados por vía subcutánea, y cuáles no eran intercambiables. Simultáneamente, se llevó a cabo la revisión de las Agendas de Atención Continuada en OMI de los PACs de Villel (agendas de Medicina y Enfermería) y El Cuervo para evaluar las pautas habituales de empleo de fármacos parenterales y establecer una referencia para posteriormente poder comparar con los resultados obtenidos. Para ello, se revisaron todos los pacientes registrados en horario de Atención Continuada desde el 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2018 (18 meses), tanto atendidos en los PAC como en domicilio, lo que hemos denominado período pre-evaluación. Posteriormente, se han revisado estas mismas agendas desde el 1 de Julio hasta el 31 de Diciembre de 2018 (6 meses), para nuevamente evaluar el empleo de los fármacos por vía parenteral y establecer la comparación con el período previo. Para aumentar la casuística y así reforzar el valor de los datos obtenidos, está previsto prolongar el proyecto durante los próximos 24 meses. Semestralmente, se ha realizado la revisión de los datos obtenidos, que se han remitido al resto de miembros del Equipo y analizado conjuntamente, corrigiendo las deficiencias detectadas y aclarando las dudas surgidas. El material elaborado es la presentación en powerpoint del proyecto, que se presentó en sesión clínica en el Centro de Salud y se envió a los correos corporativos de todos los miembros del EAP.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como indicadores, se han analizado las frecuencias relativas (porcentaje) de empleo de los diferentes fármacos en cada una de las vías parenterales (IM, SC e IV), así como las ratios de uso por vía IM dividido por vía SC. Los datos se han obtenido de los registros en OMI en las agendas de Atención Continuada de nuestros dos PACs en los períodos indicados (se revisó paciente a paciente) y el manejo de los mismos ha sido a través del programa Excel 2007.

En el período pre-evaluación (18 meses), se registraron un total de 212 inyectables en el grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con una cifra casi idéntica (211) de inyectables vía IM en fármacos no intercambiables, siendo en este grupo los más empleados metilprednisolona (53,1%) y metamizol (28,9 %). De los fármacos considerados intercambiables, el 78,8 % se habían administrado vía IM, el 13,2 % por vía IV y únicamente el 8,0 % por vía SC. El fármaco intercambiable de vía IM a SC más empleado fue la metoclopramida (68 de 212 = 32,07 %), con un índice de empleo IM / SC de 5,1 (41 vs 8). El ideal es aproximar este índice a 0. Por su frecuencia de uso, constituye el principal objetivo de mejora. Los siguientes fármacos más empleados fueron tramadol y Buscapina® (ambos un 8 %), con ratios aún mayores a favor de la vía IM (12 a 1 en el tramadol, 14 a 2 en Buscapina® = 7,0). Dadas las peculiaridades del diclofenaco, cuyo empleo por vía SC está menos extendido, se realizaron también los cálculos excluyéndolo, siendo entonces la cifra total de 120 y las frecuencias relativas de uso de 63,3 % por vía IM, 13,3 % por vía SC y 23,3 % por vía IV.

Posteriormente, se ha revisado el empleo de estos mismos fármacos en el semestre del 1 de julio al 31 de diciembre de 2018 (período de evaluación). Se administraron un total de 91 inyectables del grupo de fármacos considerados susceptibles de cambio de vía de administración, junto con 78 no intercambiables, fundamentalmente de nuevo metilprednisolona y metamizol. De estos 91 fármacos intercambiables, 35 (38,5 %) se administraron vía IM, frente a un 78,8 % en el período previo, lo cual supone una reducción a menos de la mitad. La vía SC fue la elegida en 31 de los casos (34,1 %), más de cuatro veces por encima de su empleo previo (8,0 %) y casi igualando a la vía IM. Si prescindimos del diclofenaco, la vía SC fue más frecuentemente empleada (36,8 %) que la IM (26,5 %). La vía IV se empleó en el 27,5 % restante de los casos. En el caso concreto del diclofenaco, pese a la menor experiencia de su

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

### 1. TÍTULO

#### POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

empleo por vía SC, se incrementó significativamente su empleo por esta vía, pasando de un 1,1 % a un 26,1 % (6 de 23), pasando la ratio vía IM / vía SC de 91 a 2,8, sin haber constancia hasta la fecha de reacciones adversas locales significativas.

Analizando por separado, la metoclopramida se empleó con mayor frecuencia por vía SC (34,6 %) que IM (23,1 %), con una ratio IM/SC de 0,7 (previa 5,1), lo mismo sucedió con el tramadol (ratio IM/SC 0,5, anteriormente 12) o la Buscapina® (ni una sola administración IM, sólo 4 SC y 4 IV). Otros fármacos apenas fueron empleados.

Con ello, se considera de sobra alcanzado el objetivo de reducir el empleo de la vía IM en al menos un 25 % en el grupo de fármacos intercambiables. Para el período posterior, se plantea mantener e incluso mejorar aún en lo posible esas cifras, especialmente factible en el caso de la metoclopramida.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión, la vía SC, de amplia experiencia en el manejo de pacientes en Cuidados Paliativos, es perfectamente válida para su uso en pacientes de Atención Continuada en Atención Primaria como sustituto de la vía IM en muchos fármacos de empleo habitual, presentando frente a ésta numerosas ventajas, como un menor índice de complicaciones (iatrogenia), administración más sencilla, mucho menos dolorosa, y con una velocidad de absorción similar. Es mucho más segura que la vía IM en pacientes anticoagulados y antiagregados, cada vez más numerosos. En los casos en que el acceso venoso no sea imprescindible, frente a la vía IV tiene como ventajas su sencillez de empleo, que no requiere adiestramiento y precisa mucho menos tiempo (a tener en cuenta en los PAC que carecen de personal de Enfermería), así como su menor coste, siendo su biodisponibilidad similar. No obstante, el principal objetivo es la progresiva disminución de la vía IM, más que de la IV.

En el caso del diclofenaco, y dada su gran frecuencia de empleo, cabe insistir en que la vía SC es una alternativa perfectamente válida a la vía IM en pacientes de riesgo, como anticoagulados, antiagregados o con contraindicación de otro tipo al empleo de inyectables profundos, o simplemente en pacientes que rechacen esa vía por dolorosa. Con este fármaco, en todo caso se aconseja no exceder la dosis de 2 cc (50 mg), o bien repartir la dosis total de la ampolla (3 cc, 75 mg) en dos puntos de inoculación separados.

Del análisis mes a mes de los datos, también hemos observado que, como era de esperar, los resultados durante los primeros meses del semestre fueron peores que durante los últimos, consecuencia lógica del proceso de cambio de los hábitos de trabajo, resultado especialmente beneficiosas las reuniones de Equipo para corregir las deficiencias detectadas.

Queda pendiente el mejorar las cifras en algunos fármacos (como la metoclopramida, en el cual su empleo por vía IM podría reducirse a cero), mantener los buenos resultados obtenidos en el primer semestre de evaluación y sobre todo, cambiar de forma permanente nuestros hábitos en el manejo de inyectables, así como a animar a otros centros a hacer lo propio.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/614 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0614

Título  
POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:  
MATAMALA GIMENO CARLOS, SEGURA LARA ANA MARIA, LEON MIGUEL PURIFICACION, BESER PUIG EUGENIO, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, MIGUEL POSA JORGE, HERNANDEZ AVILA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0614

### 1. TÍTULO

#### POTENCIACION DEL EMPLEO DE LA VIA SUBCUTANEA EN ATENCION CONTINUADA DE ATENCION PRIMARIA

##### PROBLEMA

La eficacia y seguridad de la vía subcutánea (SC) está plenamente demostrada en la actividad clínica diaria, no solamente en el paciente en cuidados paliativos, donde se ha empleado más profusamente, sino también en muchas situaciones de urgencia que se presentan habitualmente durante la Atención Continuada. Pese a ello, se detecta en la práctica habitual una tendencia a emplear con mayor frecuencia otros accesos parenterales, como la vía intramuscular (IM) o la vía intravenosa (IV). En el caso de la primera, se trata de un acceso más doloroso y más expuesto a complicaciones (hematomas, abscesos, quistes...), estando relativamente contraindicado en pacientes anticoagulados o antiagregados (cada vez más numerosos), mientras que la vía IV requiere por un lado mayor destreza y experiencia, y por otro lado más tiempo de actuación y más empleo de material, siendo menos frecuentemente empleada en aquellos puntos de Atención Continuada (P.A.C.) en los cuales sólo hay un médico de guardia, y no personal de Enfermería. La lista de fármacos susceptibles de ser usados por vía SC es relativamente extensa, incluyendo muchos de los principios activos incluidos en el pedido de los Botiquines de Urgencias, aunque la experiencia nos muestra que esta vía es usada mucho menos de lo recomendable.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar el empleo de la vía SC en Atención Continuada en Atención Primaria.
- Reducir el empleo de otras vías parenterales, en especial la intramuscular (IM).
- Fomentar el conocimiento de aquellos fármacos de uso común susceptibles de ser usados por vía SC.
- Valorar la pertinencia de introducir en los botiquines de Urgencias otros fármacos administrables por vía SC.
- Reducir la yatrogenia derivada del empleo de accesos parenterales distintos de la vía SC.
- Población diana: toda aquella susceptible de ser atendida tanto en el centro como en domicilio, tanto en jornada laboral como en horario de Atención Continuada, y que precise de la administración de fármacos por vía parenteral.

##### MÉTODO

- Realización de sesiones clínicas de Equipo, con especial atención sobre los Médicos y Enfermeros de Atención Continuada.
- Revisión de la farmacología, indicaciones y pautas habituales de administración de los principales fármacos empleados por vía SC, con especial incidencia en los incluidos en los Botiquines de Urgencias.
- Creación de protocolos específicos para el empleo de cada fármaco.

##### INDICADORES

- Reducción en el empleo de vías parenterales, en especial la IM.
- Se evaluarán los registros en OMI de nuestros dos puntos de Atención Continuada a lo largo del año. Para ello, en el informe de Atención Continuada deberá quedar reflejada la administración de todo fármaco inyectado, y la vía de administración, en la casilla correspondiente.
- Se compararán los resultados con los datos recogidos a lo largo de 2017 y primer semestre de 2018.
- Se espera lograr una reducción progresiva en el empleo de la vía IM, que alcance al menos el 25 % en aquellos fármacos más comúnmente utilizados y recomendados por vía SC en las guías de práctica clínica.

##### DURACIÓN

- 1 de Mayo al 30 de Junio de 2018: período de información y sesiones formativas al personal del Centro.
- 1 de Julio de 2018: inicio del período de aplicación.
- Duración estimada: 2 años y medio (hasta el 31 de Diciembre de 2020).
- Periodicidad de revisión: semestral.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

### 1. TÍTULO

#### USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JORGE MIGUEL POSA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CS VILLEL  
· Localidad ..... VILLEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MATAMALA GIMENO CARLOS  
GARCIA GARCIA PILAR  
MARTIN ELENA ROBERTO  
BESER PUIG EUGENIO  
LEON MIGUEL PURIFICACION  
SEGURA LARA ANA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar planteamos la situación de nuestra zona de salud, a la cual pertenecen 14 pueblos cuyas urgencias se atienden en el C.S. de Villel (10 pueblos) y en el PAC de El Cuervo (4 pueblos), con lo que hablamos de una zona con mucha dispersión de población y donde si hay una emergencia que atender en una de las poblaciones que no sean Villel o El Cuervo hay que desplazarse en coche con la demora en la atención correspondiente que en casos de parada cardiorrespiratoria puede resultar fatal dada la relación (inversamente proporcional) entre el tiempo transcurrido hasta el inicio del tratamiento y la supervivencia.

En varios pueblos de nuestra zona de salud contamos con desfibriladores en lugares públicos, por lo que en una emergencia donde se puedan usar los mismos es de vital importancia el inicio del tratamiento del paciente hasta que lleguemos los profesionales del Centro de Salud o del PAC, lo que aumentaría notablemente la posibilidad de supervivencia de la/las personas afectadas.

Concretamente contamos con desfibriladores en las localidades de Riodeva y Camarena de la Sierra, y en el futuro también tendremos en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo (este en una zona distinta al consultorio donde se atienden las urgencias donde ya hay un desfibrilador).

En la reunión del Consejo de Salud de zona del año 2018 que se llevó a cabo en septiembre, aprovechando la presencia de varios alcaldes de la zona, expusimos este proyecto y los beneficios que puede proporcionar a la población intentando hacer ver a todos los presentes la importancia de poder aprovechar este recurso si se presenta una emergencia vital así como la importancia de la implicación de los vecinos a la hora de formarse para poder ser el primer y tan importante eslabón de esta cadena como es la atención temprana de la emergencia. Posteriormente, durante los últimos meses de 2018 y principio de 2019, llevamos a cabo varias sesiones formativas en las poblaciones de Riodeva y Camarena de la Sierra en las que se formó a la población asistente ( la mayoría habían asistido ya a sesiones de formación que las empresas instaladoras de los desfibriladores habían impartido en el momento que las instalaron en zonas de acceso público en estas poblaciones ) incidiendo en los eslabones de la cadena de supervivencia que pueden llevarse a cabo por parte de personal no sanitario: reconocimiento precoz de la emergencia (saber reconocer una parada cardiorrespiratoria) y aviso a los servicios de emergencia, RCP básica precoz y desfibrilación precoz. En estas sesiones teórico-prácticas se usó material audiovisual explicativo de situaciones de emergencia y se instruyó en las diferentes técnicas usadas desde el reconocimiento del paciente hasta cómo hacer una RCP efectiva y cómo usar el desfibrilador, además de instruir en otras emergencias como la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño y cómo poner a un paciente en posición de seguridad, así como contestar las dudas que surgieron a los asistentes. Asimismo se entregó a los asistentes material escrito con imágenes y esquemas de actuación que describían con sencillez como actuar en caso de emergencia, el cual fue recopilado por los miembros del equipo.

Por último, el objetivo es ir repitiendo estas sesiones formativas periódicamente (cada 2 años, pero si la demanda es mayor en periodos más cortos) en los pueblos que cuenten con este recurso para refrescar conocimientos a los vecinos que ya han recibido esta formación así como formar a nuevos vecinos que no la hayan recibido y quieran hacerlo, ya que es importante que haya un porcentaje alto de la población que esté entrenada y que ante una posible emergencia pueda atender con rapidez la misma en primera instancia hasta la llegada de personal especializado con el beneficio que esto puede suponer en la supervivencia de la/las personas afectadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal resultado que pretendemos alcanzar es que haya en estos pueblos de nuestra zona de salud personas que estén formadas en uso del desfibrilador y que tengan nociones básicas de primeros auxilios para que en el caso de que suceda una emergencia esta pueda ser atendida con rapidez en un primer momento mientras el personal sanitario nos desplazamos hasta el lugar de la misma. También buscamos concienciar a la población ( no solo a los voluntarios sino a todos los habitantes ) de la importancia de contar con este recurso y lo beneficioso de saber utilizarlo, involucrando a cuantos más vecinos mejor en esta actividad.

Tras realizar las charlas, en las poblaciones en las que contamos con desfibrilador en lugares públicos que están accesibles a la población para su uso en caso de emergencias, el número de vecinos formados es de 15 en Riodeva (con un rango de edad que va desde los 20 años de la persona más joven a los 82 de la más mayor) y de 5 en Camarena de la Sierra(en esta localidad el rango de edad de las personas formadas va de los 30 a los 53 años), siendo la población censada de 116 habitantes en Riodeva y de 85 en Camarena respectivamente, con lo que alcanzamos en ambos casos un porcentaje entre un 5 y un 10% que es lo que buscábamos al comenzar el proyecto. Hasta el momento actual, no se ha usado el DEA en ninguna de las poblaciones.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

### 1. TÍTULO

#### USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Como conclusión, aunque afortunadamente no ha sido necesario el uso de estos desfibriladores en nuestra zona de salud hasta el momento, hay que resaltar que el poder contar con estos dispositivos en lugares accesibles y que haya vecinos formados en su uso y en la realización de RCP básica puede suponer un notable aumento de las posibilidades de supervivencia para un paciente que sufra una emergencia vital ya que la rapidez en la atención es básica y al encontrarnos en una zona de salud con tanta dispersión de población la llegada de los profesionales hasta el lugar donde ocurra la emergencia se va a demorar inevitablemente dadas las distancias a recorrer hasta llegar a las distintas poblaciones.  
También resaltar que estas sesiones formativas se repetirán cada dos años, intentando captar más población nueva, haciendo énfasis en que es importante que no sólo sea gente joven la que se forme, sino de todo rango de edad ya que los jóvenes pueden desplazarse fuera del pueblo bien sea por motivos laborales o de ocio y que no haya nadie en la población que haya recibido formación para hacer esa primera atención temprana.  
Por último, tan pronto como los nuevos desfibriladores estén disponibles en las poblaciones de Valacloche y El Cuervo, realizaremos sesiones de formación como las ya realizadas en Riodeva y Camarena para continuar con el proyecto (está previsto que ya estén disponibles en lugares públicos y accesibles de estas poblaciones en los próximos meses).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/834 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0834

Título  
USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

Autores:  
MIGUEL POSA JORGE, MATAMALA GIMENO CARLOS, GARCIA GARCIA PILAR, MARTIN ELENA ROBERTO, BESER PUIG EUGENIO, LEON MIGUEL PURIFICACION, SEGURA LARA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VILLEL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: EMERGENCIAS VITALES  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: SUPERVIVENCIA ANTE EMERGENCIAS VITALES

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
LA ZONA DE SALUD DONDE TRABAJAMOS LA FORMAN 14 PUEBLOS, CUYAS URGENCIAS SE ATIENDEN EN EL C.S. VILLEL(10 PUEBLOS) Y EN EL PAC DE EL CUERVO(4 PUEBLOS), CON LO QUE SI HAY ALGUNA URGENCIA A DOMICILIO QUE NO SEA EN LAS LOCALIDADES DONDE ESTÁN EL C.S. O EL PAC HAY QUE DESPLAZARSE EN COCHE CON LA DEMORA QUE ESTO CONLLEVA.  
EN VARIOS DE LOS PUEBLOS PERTENECIENTES A LA ZONA DE SALUD DE VILLEL HAY DESFIBRILADORES EN LUGARES PÚBLICOS(GRACIAS A AYUDAS EUROPEAS O SUFRAGADOS POR EL PROPIO AYUNTAMIENTO), POR LO QUE EN UNA EMERGENCIA DONDE PUEDAN USARSE LOS MISMOS ES DE VITAL IMPORTANCIA QUE PUEDA INICIARSE UNA REANIMACIÓN POR PARTE DE LOS HABITANTES DE LA LOCALIDAD HASTA QUE LLEGUEMOS LOS PROFESIONALES, AUMENTANDO NOTABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE SUPERVIVENCIA DE LA/LAS PERSONAS AFECTADAS.  
ASÍ, FORMANDO Y RECICLANDO PERIÓDICAMENTE A LA POBLACIÓN VOLUNTARIA PODREMOS ASEGURAR UNA BUENA Y RÁPIDA ATENCIÓN SI SE DA UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA VITAL QUE PUEDA REVERTIRSE CON LA AYUDA DE ESTOS APARATOS DISPONIBLES.

RESULTADOS ESPERADOS  
PRINCIPALMENTE ESPERAMOS QUE CON EL ADIESTRAMIENTO DE LA POBLACIÓN PUEDAN SER ATENDIDAS DE FORMA RÁPIDA LAS EMERGENCIAS VITALES QUE AL TRABAJAR EN UNA ZONA RURAL CON EL CONSIGUIENTE DESPLAZAMIENTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SI NO NOS ENCONTRAMOS EN EL LUGAR QUE SE PRODUCEN LAS MISMAS, CONLLEVAN UNA DEMORA QUE PUEDE COMPROMETER EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE AFECTADO.  
TAMBIÉN ESPERAMOS CONCIENCIAR A LA POBLACIÓN(TANTO VOLUNTARIOS COMO AL RESTO) DE LA IMPORTANCIA DE PODER TENER ESTE RECURSO DE CARA A MEJORAR EL PRONÓSTICO VITAL DE LOS POSIBLES AFECTADOS QUE VIVEN EN LAS POBLACIONES EN QUE DISPONEMOS DE LOS DEA, ADEMÁS DE INVOLUCRAR CADA VEZ A MÁS PERSONAS PARA QUE SE FORMEN Y SEAN CAPACES DE HACER UNA RCP Y MANEJAR LOS DEA.

MÉTODO  
SE HARÁN SESIONES PRÁCTICAS DE LA INTERVENCIÓN DE POBLACIÓN NO SANITARIA ANTE UNA EMERGENCIA VITAL(AVISAR A

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0834

### 1. TÍTULO

#### USO DE DEA POR LA POBLACION DE SALUD DEL C.S. VILLEL

EMERGENCIAS PARA PEDIR AYUDA, EVALUAR AL PACIENTE, MANEJO DEL DEA Y RCP BÁSICA) EN LAS POBLACIONES QUE DISPONGAN DE ESTE RECURSO.

ESTAS SESIONES SE REPETIRÁN PERIÓDICAMENTE (CADA 2 AÑOS) INTENTANDO QUE CADA VEZ HAYA MÁS VOLUNTARIOS NUEVOS INVOLUCRADOS.

ADEMÁS, LOS VOLUNTARIOS DEBERÁN SER PERSONAS QUE RESIDAN Y SE ENCUENTREN HABITUALMENTE EN LA POBLACIÓN, Y QUE SI DEJAN DE ESTAR DISPONIBLES (QUE EMIGREN A OTRA POBLACIÓN O POR LAS CIRCUNSTANCIAS QUE SEAN NO SE ENCUENTREN EN EN LA POBLACIÓN) SEAN REEMPLAZADOS POR OTROS CIUDADANOS PARA ESTA FUNCIÓN Y MANTENER UN NÚMERO ESTABLE DE VOLUNTARIOS (EJ. SI SOLO FORMAMOS GENTE JOVEN QUE TRABAJA FUERA DEL PUEBLO CORREMOS EL RIESGO QUE EN EL MOMENTO QUE HAYA UNA EMERGENCIA, NO HAYA NADIE QUE HAYA SIDO FORMADO EN EL MANEJO DEL DEA).

#### INDICADORES

FORMAREMOS A HABITANTES DE LAS LOCALIDADES QUE PODRÁN HACER UNA PRIMERA INTERVENCIÓN HASTA QUE LLEGUEN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, ASEGURANDO LA FORMACIÓN DE UN NÚMERO ESTABLE DE LOS MISMOS (POR EJEMPLO QUE UN 5-10% DE LA POBLACIÓN TENGA ESTAS NOCIONES BÁSICAS Y QUE SEAN PERSONAS QUE HABITUALMENTE -AL MENOS UNO DE ELLOS EN UN MOMENTO DADO-SE ENCUENTREN EN EL PUEBLO) QUE PUEDAN PRESTAR LA ATENCIÓN EN CASO DE EMERGENCIA.

HAREMOS UN RECICLAJE BIANUAL DE SUS CONOCIMIENTOS, Y FORMAREMOS NUEVAS PERSONAS SI HAY VOLUNTARIOS QUE YA NO PUEDEN DESARROLLAR ESTA FUNCIÓN.

ASÍ, TENDREMOS REGISTRADOS A LOS HABITANTES QUE ESTÉN FORMADOS (UN MÍNIMO DE UN 5% Y UN MÁXIMO DE UN 10% DE LA POBLACIÓN, YA QUE SON PUEBLOS PEQUEÑOS CON POBLACIONES ENVEJECIDAS ), ASÍ COMO SI SE HA LLEVADO A CABO ALGUNA ACTUACIÓN POR PARTE DE LOS MISMOS.

#### DURACIÓN

DURACIÓN DE 2 AÑOS, CON REPETICIÓN DE SESIONES PRÁCTICAS /DE RECICLAJE BIANUALMENTE POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL PROYECTO EN LAS POBLACIONES QUE CUENTEN CON DEA.

COMENZAR A FINALES DE JUNIO 2018 Y FINALIZACIÓN/REVISIÓN EN JUNIO 2020.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ..... SANTIAGO VALDEARCOS ENGUIDANOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP TERUEL  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE  
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de talleres de formación en espirometrías en los centros de salud del sector dirigidas a todos los profesionales sanitarios de los centros de salud, a través de actividades acreditadas.

El contenido de cada taller fue:

- 30 minutos. - Fundamentos de las espirometrías y manejo de los espirómetros
- 30 minutos. - Conceptos teóricos de la realización de las espirometrías
- 1 hora. - Realización práctica de la espirometría. Criterios de aceptación de las pruebas. Ejercicios de espirometrías con voluntarios
- 45 minutos. - Casos clínicos de espirometrías y pacientes
- 15 minutos. - Registro de espirometrías en OMI AP

Los talleres se realizaron en todos los EAPs desde el día 8 hasta el 31 Mayo del 2017

Fue solicitada y concedida la acreditación oficial por la Comisión Oficial de Acreditación de las Profesiones Sanitarias de 0,6 créditos.

Al mismo tiempo se revisaron todos los espirómetros de los centros de salud, procediéndose a solicitar la sustitución de aquellos que estaban obsoletos o averiados.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: 100%

% Centros de Salud con taller de formación en realización de espirometrías e interpretación de las mismas: 100%  
El total de profesionales que recibieron la formación fueron 96 médicos y 73 enfermeras

% Fumadores detectados (pacientes a los que se ha registrado que fuman), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada: 3,5%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo), con intervención sobre tabaquismo REALIZADA: 35%

% Fumadores diagnosticados (pacientes a los que se les ha abierto el episodio CIAP P17 de Tabaquismo) y con intervención sobre tabaquismo realizada, a los que se ha realizado una espirometría: 10,1%

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La situación de partida en el diagnóstico de EPOC, en el Sector de Teruel, es muy baja respecto a la esperada en el estudio EPISCAN, con lo que a lo largo del 2017 se están desarrollando una serie de proyectos con objetivos comunes para mejorar la tasa de diagnóstico de EPOC en fumadores. Se pretende aumentar la realización de espirometrías para mejorar la detección de pacientes con EPOC.

Por todo ello, el punto de partida son los profesionales sanitarios implicados en el proceso, tanto de detección de fumadores y su posterior intervención, como la solicitud y realización de las espirometrías.

Por ello es muy relevante que dichos profesionales tengan adquiridas las competencias adecuadas para la realización e interpretación de espirometrías dentro de sus actividades asistenciales diarias.

Igualmente, dentro del plan de Calidad del SALUD, todos los centros de salud deben disponer de espirómetros, que deben contar con las revisiones y calibraciones adecuadamente actualizadas.

La conclusión más relevante a la vez que negativa, es que se están realizando un número mínimo de espirometrías en Atención Primaria en los pacientes fumadores, sobre la base que son el principal foco de detección de los pacientes EPOC.

Estos resultados además pueden hacerse extensibles al uso de espirometrías en general. Se ha realizado una completa difusión de la formación por todos los centros de salud, y dirigida a todos los componentes sanitarios de dichos centros.

Analizando pues dichos resultados, podemos concluir que hay una completa falta de concienciación por parte de los profesionales de los centros de salud en lo referente a la solicitud de espirometrías, reflejada al menos por el registro de las mismas en el programa OMI AP.

Se ha intentado solventar formando a las 2 partes implicadas en las espirometrías, la de la realización técnica y la de la interpretación. Por tanto, hay que seguir realizando esfuerzos en que la formación impartida sea efectiva, y ayude a aumentar las espirometrías, en pro y beneficio de los pacientes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1192 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1192

Título  
REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL

Autores:  
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, GUILLEN LORENTE SARA, VICENTE MALLÉN JOAQUÍN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: EPOC  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Tras los resultados en el último corte del acuerdo de Gestión 2016 y 2015, y teniendo en cuenta la baja prevalencia detectada o "efecto iceberg" en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se ha planteado la realización de espirometrías a los pacientes fumadores en los cuales se ha realizado intervención sobre tabaquismo con el fin de aumentar la prevalencia de pacientes EPOC en nuestro Sector.

RESULTADOS ESPERADOS  
Aumentar el porcentaje de espirómetros calibrados y activos en el Sector hasta el 100%.

Mejorar la formación en espirometrías, con una sesión por Centro de Salud, dirigida al menos a un profesional enfermero y a uno médico.

Mejorar la razón de prevalencia de EPOC en el Sector Teruel para ajustarnos al previsto por el estudio EPI-SCAN

MÉTODO  
Verificación por mantenimiento de los aparatos de espirometría. Formación teórico-práctica de los EAP en grupos de trabajo subsectoriales  
Evaluación de la realización de espirometrías en fumadores con intervención tabáquica a través de datos de OMI-AP.

INDICADORES  
% Espirómetros revisados y calibrados en el Sector: LI: 80% LS: 99%

% CS con sesión de Formación en espirometría e interpretación de la misma: LI: 80% LS: 99%

% Fumadores con intervención sobre tabaquismo y espirometría realizada LI: 25% LS: 50%

DURACIÓN  
Febrero 2017: Evaluación de los espirómetros en los EAP, presencia, verificación y calibración. Servicio Mantenimiento Sector Teruel.  
Marzo-Abril 2017: Formación teórico práctica en realización, diagnóstico y registro de espirometrías. Evaluación de la satisfacción de los alumnos. Santiago Valdearcos.  
Diciembre 2017: Evaluación a través de indicadores de OMI-AP. Sara Guillén y Joaquín Vicente.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados  
-----

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1192**

**1. TÍTULO**

**REALIZACION DE ESPIROMETRIAS PARA DIAGNOSTICO DE EPOC EN PACIENTES FUMADORES EN EL SECTOR TERUEL**

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CRISTINA PEREZ DIEZ  
• Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
• Centro ..... DAP TERUEL  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
• Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE  
VICENTE MALLÉN JOAQUIN  
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO  
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Presentación de los Acuerdos de Gestión Clínica (ACG) 2018 (Marzo 2018).  
Difusión de los Proyectos del Contrato-Programa (CP) 2018 en todos los EAPs del Sector Teruel.  
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Taller de formación sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (29/05/2018). Impartido por la farmacéutica de atención primaria (FAP) del Sector. Asistieron pediatras de AP (2), médicos de familia (6), médicos de atención continuada (1), un farmacéutico de hospital y un médico del 061.

• Comisión Técnico Asistencial (18/06/2018). Difusión del proyecto nº2 del CP y del taller de formación entre los coordinadores médicos y de enfermería de los 16 EAPs del Sector Teruel.  
Cobertura alcanzada: 100% EAPs.

• Mayo-Junio 2018.

? Elaboración de un protocolo de aplicación del Test de Detección Rápida de Antígeno Estreptocócico (TRDA) y escalas de predicción clínica de infección por estreptococo beta-hemolítico grupo A (E<sub>SHGA</sub>).

? Difusión del material elaborado a todos los EAPs del Sector por correo electrónico.

? Suministro de TRDA (Servicio de Farmacia AP) a los EAPs del Sector Teruel para utilización en pediatría (consultas de pediatría, urgencias para uso en niños y puntos de atención continuada (PACs)).

Cobertura alcanzada:

Difusión del material elaborado en el 100% de los EAPs

100% de los EAPs del Sector Teruel disponen de TRDA (consultas de pediatría y urgencias)

100% de los PACs (5 PACs) del Sector Teruel disponen de TRDA.

• Sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos (ABs) en pediatría (Septiembre 2018- Diciembre 2018)

Desde el Servicio de Farmacia de AP se facilitó por correo electrónico a los pediatras de AP del Sector (10 pediatras) la presentación en power point y material complementario.

? C.S. Utrillas (5/11/2018). Sesión clínica: pruebas de detección rápida para E<sub>SHGA</sub>. Ponente: Amparo Valenzuela Foved. Pediatra AP.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Evaluación de la calidad de prescripción de ABs para la faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FEA) en pediatría en el Sector Teruel.

Porcentaje de prescripciones de ABs de primera elección respecto al total de prescripciones de ABs sistémicos para la FEA en el Sector Teruel (enero 2018: 70,2%; abril 2018:71,5%; septiembre 2018:72,6%; diciembre 2018:73,8%)\*

\*Fuente: Indicador de calidad de la prescripción en pediatría (PED.01. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica). DATA de Farmacia.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se propone incluir este Proyecto en el CP de 2019 porque, a pesar de que ha mejorado la utilización de ABs de primera elección en la FEA en el Sector Teruel, seguimos teniendo margen de mejora en la optimización del uso de ABs en esta afección. Para ello se plantean:

? Sesiones clínicas sobre el uso de ABs en pediatría en todos los EAPs del Sector Teruel. Los pediatras de AP del Sector se han comprometido a impartirlas.

? Talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante fiebre y odinofagia. Previsto como Proyecto Comunitario para los ACG de 3 EAPs. (Coordinador del proyecto: pediatra de AP).

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/79 =====

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

\*\*\*

Nº de registro: 0079

Título  
CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENO ESTREPTOCOCICO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGO-AMIGDALARES

Autores:  
PEREZ DIEZ CRISTINA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLÉN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología: Faringoamigdalitis  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La faringoamigdalitis aguda por Streptococcus pyogenes (FAS) es uno de los diagnósticos más frecuentes en pediatría. Para identificarla clínicamente se han propuesto varias escalas de predicción clínica (Centor y Centor modificada por McIsaac) pero para el diagnóstico etiológico se recomienda el uso del test rápido de detección antigénica de estreptococo (TRDA). Para el abordaje de la FAS pediátrica en Atención Primaria (AP), la mayoría de las guías de práctica clínica recomiendan iniciar tratamiento antibiótico (AB) solamente cuando se confirma la sospecha clínica de que estamos ante una FAS mediante TRDA o cultivo. El tratamiento de elección de la FAS en niños es la Penicilina V oral (sensibilidad 100%) y su espectro reducido generará menos resistencias en otros patógenos.

En el Sector Teruel sólo el 67,7% (diciembre 2017) de los pacientes pediátricos con FAS está en tratamiento con ABs de primera elección (penicilina V y amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Fomentar la utilización de ABs de primera elección en el tratamiento de la FAS en pediatría.
  - Elaboración y difusión de un protocolo de actuación en los servicios de Atención Continuada (AC).
- Criterios de Centor y TRDA.
- Educación sanitaria a padres de niños en edad pediátrica sobre la actuación ante fiebre y odinofagia.

#### MÉTODO

- Actividad formativa. Taller de formación sobre el uso de ABs en pediatría. Registro de criterios de Centor y realización de TRDA. Dirigido a médicos de atención primaria (MAP), pediatras y médicos de atención continuada (MAC). Farmacéutica de AP.
- Actividad formativa. Taller de educación sanitaria desde los EAP a los padres de niños en edad pediátrica sobre actuación ante el niño con fiebre y odinofagia. Pediatras de AP.
- Actividad formativa. Sesiones clínicas en los Equipos de Atención Primaria (EAPs) sobre diagnóstico y tratamiento de la FAS en la edad pediátrica.
- Suministro de TRDA a los EAP del Sector Teruel (pediatría, puntos de atención continuada (PAC)) y difusión de las recomendaciones de aplicación.

#### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes pediátricos con diagnóstico de FAS en tratamiento con ABs de primera elección. Realización de cortes trimestrales (marzo, junio, septiembre, diciembre 2018).
- Número de sesiones clínicas realizadas en los EAPs por parte de la farmacéutica de AP.
- Número de EAPs que realizan talleres de educación sanitaria para padres de niños en edad pediátrica.
- Número de EAPs que disponen de TRDA.
- Número de PACs que disponen de TRDA.

#### DURACIÓN

- Mayo 2018. Taller de formación sobre uso de ABs en FAS a MAP, pediatras y MAC.
- Mayo 2018-Diciembre 2018. Taller de educación sanitaria a padres desde los EAP del Sector.
- Abril-Diciembre 2018. Sesiones clínicas sobre uso de ABs en FAS en los Centros de Salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0079

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS CLINICOS, TEST RAPIDO DE DETECCION DE ANTIGENOS ESTREPTOCOCICIO (TRDA) Y TRATAMIENTO EN PROCESOS FARINGOAMIGDALARES

- Diciembre 2018. Evaluación de resultados.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

### 1. TÍTULO

#### VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Fecha de entrada: 10/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA LAINEZ LORENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... DAP TERUEL  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE  
VICENTE MALLÉN JOAQUÍN  
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO  
VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO  
PEREZ DIEZ CRISTINA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El día 19 de Junio 2018 se impartió un taller de formación sobre actuación de fibrilación auricular (FA) en Atención Primaria. Asistieron médicos y enfermeros de AP y un médico del 061. En este taller se explicaron los motivos por los que realizamos desde Dirección este proyecto, la baja prevalencia detectada en nuestro Sector y la necesidad de tener una vía de actuación dirigida a todos los profesionales, para saber cómo actuar ante este tipo de arritmia.

- El objetivo de este taller era saber detectar y diagnosticar una fibrilación auricular, conocer etiología y factores de riesgo, situaciones clínicas que se pueden presentar, utilización de las escalas de riesgo hemorrágico y embólico, protocolo de actuación, anticoagulación oral y seguimiento del paciente. Se explicó la Vía de Actuación que habíamos elaborado para saber como actuar tras la detección oportunista de un caso de Fibrilación Auricular, a qué tipo de pacientes iba dirigida, cuales eran los criterios de implantación y como llevar a cabo un tratamiento correcto en atención primaria.

- Esta Vía de Actuación ante paciente diagnosticado de FA en AP ha sido elaborada por un grupo de trabajo compuesto por médicos y una enfermera de Atención Primaria. Para elaborarla, se mantuvieron reuniones con el Servicio de Hematología del Hospital Obispo Polanco, se comunicó a los profesionales de este servicio la puesta en marcha y difusión de esta vía y se han tenido en cuenta sus recomendaciones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A principios de año la prevalencia de FA tras registro en OMI-AP en el Sector Teruel era muy baja, aproximadamente un 0,5 % en población mayor de 45 años, sin embargo, la prevalencia en España era del 4,4% en este rango de edad. Nuestro objetivo con este proyecto es aumentar la prevalencia (nuestro valor objetivo es aumentar de 0,5 a 1%), diagnosticar casos nuevos y que los pacientes que cumplen una serie de criterios clínicos bien definidos tal como explicamos en la vía, puedan ser tratados en AP sin necesidad de derivarlos al Hospital Obispo Polanco, que es nuestro hospital de referencia.

- Todos los profesionales que acudieron al taller se comprometieron a difundirlo en sus respectivos EAPs. Desde Dirección se ha impartido en el resto de los EAPs de nuestro sector. Actualmente se ha difundido en el 100 % de los EAPs, esto no significa que en el 100% de los profesionales. Se han recogido hoja de firmas de los asistentes y hay un alto porcentaje que ha recibido esta formación (> 70% incluidos MAC y EAC)

- La vía de actuación no ha sido posible subirla hasta ahora en la Intranet del Sector debido a que desde primaria no se nos ha habilitado esta opción. Se ha hablado con el Hospital Obispo Polanco para que desde los servicios informáticos se nos habilite esta posibilidad.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Nos parece importante continuar con este Proyecto dada la trascendencia de esta patología, nuestro objetivo es que tras las recomendaciones realizadas a los profesionales, se detecten más casos nuevos de FA y que un porcentaje importante puedan ser tratados correctamente en Atención Primaria.

- Debido a que la presentación de esta Vía en todos los EAPs ha finalizado a finales del 2018 vamos a realizar seguimiento durante el primer semestre del 2019 de pacientes con diagnóstico nuevo de Fibrilación Auricular, midiendo porcentaje de pacientes diagnosticados de FA que han sido tratados con Heparina de Bajo Peso Molecular y Acenocumarol según recomendaciones de la vía de actuación sin tener que derivarse a urgencias hospitalarias, para poder introducir si creemos conveniente mejoras o hacer algún cambio o recomendación a los profesionales con respecto a la utilización de esta vía. Estos datos los sacaremos de registro en OMI-AP

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/80 =====

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080

### 1. TÍTULO

#### VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

\*\*\*

Nº de registro: 0080

Título  
VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION

Autores:  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente. Su prevalencia en España es del 4,4 % de la población mayor de 40 años. Se asocia a una morbimortalidad cardiovascular elevada, ya que aumenta el riesgo de muerte, insuficiencia cardiaca y episodios embólicos.  
Se ha detectado en el Sector Teruel infradiagnóstico de Fibrilación Auricular con una baja prevalencia tras revisión de registro en OMI-AP  
No existe en Sector Teruel un protocolo ni vía de actuación ante una detección de FA en AP  
Todos los pacientes que se diagnostican en nuestro sector de FA se derivan a urgencias hospitalarias. Nos parece interesante mejorar la atención de estos pacientes creando una vía de actuación desde Atención Primaria.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la detección de pacientes con Fibrilación Auricular
- Elaboración de una vía de actuación en AP tras la detección oportunista de una Fibrilación Auricular
- Establecer en el Sector Teruel la pauta de tratamiento de inicio con Acenocumarol en Atención Primaria ante diagnóstico de paciente con Fibrilación Auricular
- Mejorar la atención al paciente diagnosticado de Fibrilación Auricular en Atención Primaria

#### MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la Fibrilación Auricular

Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP en el 100% de los EAPs  
Evaluación de resultados

#### INDICADORES

- Prevalencia de Fibrilación Auricular en el Sector Teruel
- Elaboración física de la vía de actuación y difusión en el 100% de los EAPs
- Inicio de tratamiento anticoagulante desde AP en pacientes diagnosticados de FA

#### DURACIÓN

- Creación grupo de trabajo con médicos y enfermeras de AP para la elaboración y puesta en marcha de una vía de actuación dirigida a la FA .... A partir de Febrero 2018
- Formación y difusión de la vía de actuación de FA en AP .... A partir de Junio 2018
- Evaluación de resultados .... Diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados  
-----

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0080**

**1. TÍTULO**

**VIA DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR TERUEL TRAS LA DETECCION OPORTUNISTA DE UNA FIBRILACION AURICULAR. ESTUDIO CLINICO E INICIO DE ANTICOAGULACION**

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Fecha de entrada: 10/01/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... MATILDE MARTINEZ MARTINEZ

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... DAP TERUEL
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO  
PEREZ DIEZ CRISTINA  
VICENTE MALLÉN JOAQUIN  
LOPEZ IBAÑEZ SAGRARIO  
LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 21 de mayo de 2018. Se impartió taller de formación sobre nefropatía diabética, al que acudieron 13 profesionales, 6 médicos y 7 enfermeras. En dicho taller se trató la definición de nefropatía en los pacientes con diabetes, la clasificación y estadiaje de la misma para posteriormente establecer los criterios de derivación al servicio de nefrología, y también se abordó el tema de la nefrotoxicidad de los fármacos antidiabéticos orales. Se envió el material presentado a cada uno de los participantes en el taller para la posterior difusión y puesta en común en sus respectivos equipos.
- A lo largo del último trimestre de 2017 se hicieron visitas a los 16 Equipos de Atención Primaria para exponer la estructura de los Acuerdos de Gestión y a la par dar a conocer los Proyectos clínicos elegidos por la Dirección para el Contrato Programa. Todos los Equipos disponen de la presentación en power point de los mismos. Se insistió en la importancia en la determinación de la microalbuminuria y filtrado glomerular para el despistaje de la nefropatía diabética y se pasaron los resultados de dichos indicadores a fecha de diciembre de 2017 en el Sector de Teruel, comparando con los resultados con Aragón en su conjunto.
- A finales del primer trimestre de 2018 se solicita a los facultativos revisen listados de nuevos diagnósticos de nefropatía.
- Se han enviado de forma trimestral los cortes de los indicadores establecidos en el proyecto, en cuanto a la determinación del filtrado glomerular en los pacientes diabéticos, así como de la determinación de la microalbuminuria a primera hora de la mañana.
- En octubre de 2018 se repitió, aprovechando la constitución y puesta en marcha del Equipo PROA, la sesión sobre fármacos nefrotóxicos (antidiabéticos y fármacos de uso común) para que los responsables de URM la difundan entre sus compañeros en los equipos.
- A mediados de octubre se envió de nuevo corte de los indicadores para una nueva evaluación de la situación.
- En enero de 2019 iniciaremos de nuevo una visita a los 16 equipos y expondremos el último corte trimestral de los indicadores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Teniendo en cuenta los bajos resultados de cobertura con fecha diciembre 2017, en cuanto a las determinaciones de microalbuminuria (26,34%) y filtrado glomerular (36,77%) en pacientes con diabetes (CM DIABETES), tenemos que reseñar que a fecha de hoy dichos resultados se han incrementado por encima del valor mínimo objetivo que nos planteamos en el proyecto (LI:50%-LS:60%).
- En septiembre, según el CM de Diabetes del Sector Teruel el porcentaje de determinación de microalbuminuria es de 59,82 y el de filtrado glomerular un 63,70. Los dos datos están por encima del valor mínimo meta que era del 50%
- En fecha 13 de diciembre de 2018 las cifras son un 61,84 % de determinación de microalbuminuria y un 64,96 % de determinación de FGR. Cabe reseñar que los datos han aumentado.
- Para valorar los nuevos diagnósticos de nefropatía en pacientes con diagnóstico ya establecido de Diabetes, y la intervención farmacológica para evitar mayor nefrotoxicidad en dichos casos, se ha hecho búsqueda en la base de datos de GMA, aún sabiendo los sesgos tanto de registro como de mismo código para diferentes patologías uro y nefrológicas. Como datos tenemos que a fecha 31 de diciembre de 2017 teníamos una tasa de IRC en pacientes con DM de 14,3, que ha subido a 16,73 con fecha 30 de junio de 2018 (última actualización).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Para minimizar dichos sesgos, estamos pendientes de confirmar la ausencia de problemas legales para poder trabajar con las historias clínicas desde la Dirección de Atención Primaria, así como para poder solicitar los listados de los pacientes a los compañeros.
- Para el año 2019 seguiremos trabajando en este proyecto manteniendo y mejorando los indicadores objetivo de cobertura conseguidos en 2018. Nos planteamos hacer un trabajo de investigación donde además podamos obtener datos de clasificación de la nefropatía, en este caso diabética, a partir de datos de diagnóstico de diabetes y de filtrado glomerular y microalbuminuria, para valorar la adecuación de las derivaciones al servicio de nefrología, así como la obtención de datos con indicadores de seguridad en el uso de fármacos en dicha patología.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/82 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0082

Título  
GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

Autores:  
MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, VALDEARCOS ENGUIDANOS SANTIAGO, PEREZ DIEZ CRISTINA, VICENTE MALLEN JOAQUIN, LOPEZ IBANEZ SAGRARIO, LAINEZ LORENTE MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP TERUEL

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Desde julio 2017 el laboratorio del Hospital Obispo Polanco calcula y vuelca resultados del filtrado glomerular. Ello permite detectar el diagnóstico y posterior estadiaje de la nefropatía e intervenir sobre la misma, derivando de forma idónea y ajustando fármacos  
Durante todo el año 2017 se han detectado en el Sector Teruel bajos datos de determinación de filtrado glomerular en diabéticos debido a que el Hospital Obispo Polanco no calculaba dicha determinación  
Detección de bajos datos de determinación de microalbuminuria en diabéticos  
Infradiagnóstico de nefropatía diabética

RESULTADOS ESPERADOS  
- Aumento determinaciones microalbuminuria para diagnosticar precozmente nefropatía diabética  
- Aumento determinaciones filtrado glomerular para diagnóstico precoz de la nefropatía diabética  
- Mejorar datos de diagnóstico de nefropatía diabética  
- Prevenir progresión deterioro renal en pacientes diabéticos

MÉTODO  
Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones  
Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs  
Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular  
Porcentaje de ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía

INDICADORES  
- Porcentaje de pacientes diabéticos con determinación de microalbuminuria en primera orina de la mañana sobre el total de pacientes diabéticos  
- Porcentaje de pacientes con determinación del filtrado glomerular sobre el total de pacientes diabéticos  
- Porcentaje revisión- ajuste dosis fármacos nefrotóxicos

DURACIÓN  
- Taller de nefropatía diabética. Diagnóstico y derivaciones..... Abril 2018  
- Sesiones clínicas de nefrotoxicidad en los EAPs... Desde Abril hasta Octubre 2018  
- Cortes trimestrales de los indicadores de microalbuminuria y del filtrado glomerular ... Durante todo el año 2018  
- Porcentaje ajustes farmacológicos en diagnósticos nuevos de nefropatía....Diciembre 2018

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0082

### 1. TÍTULO

#### GESTION CLINICA NEFROPATIA DIABETICA

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES . . . . . :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Fecha de entrada: 15/02/2019

#### 2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ EIZAGUIRRE

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... CSS SAN JOSE
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROYO AGUSTIN MARIA  
FERNANDEZ MINAYA CAROLINA  
LINGE MARTIN MAGDALENA  
RUEDA GARCIA EVA  
ESTABAN SILVESTRE CONCEPCION  
PANADERO ROMERO MARISSA  
TORRES ARANDA BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Institucionalización de reuniones interdisciplinarias con las especialidades y el personal sanitario a fin de establecer los criterios para la redacción del plan de calidad de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica desde una visión comprensiva de las áreas funcional, psicológica y social que ayuden al paciente y a sus familiares a enfrentar ese proceso.

- Redacción de un Protocolo de rehabilitación progresivo que incluye una serie de procedimientos e intervenciones para la mejora del manejo global del paciente encaminado a acortar el tiempo de hospitalización. Valoración en la limitación de medidas terapéuticas en el tratamiento.

- Organización de sesiones de trabajo para formar al personal sanitario en la sistematización de procedimientos de rehabilitación integral postquirúrgica durante el ingreso hospitalario y de las pautas básicas que debe trasladar al paciente tras la incorporación a su lugar de residencia habitual.

- Instruir al personal sanitario sobre la optimización de los servicios, material y ayudas técnicas que ofrecen los servicios de Traumatología y Geriátrica.

- Flexibilización de las condiciones de estancia y horarios durante el ingreso.

- Realización de charlas pedagógicas a los familiares y cuidadores destinadas a aportarles unos conocimientos básicos en las movilizaciones adecuadas en los pacientes a su cargo que han sido intervenidos quirúrgicamente de cadera y rodilla con el objetivo de que se mentalicen de la duración y complejidad del proceso y de la importancia de llevar a cabo la rehabilitación por fases técnicas de transferencia.

- Implementación de talleres y fortalecimiento de redes sociales para la cohesión y como cauce de comunicación entre el equipo multidisciplinar.

- Impresión de folletos divulgativos con indicaciones sobre las precauciones de movimiento, ejercicios básicos a realizar en la cama, realización de las tareas básicas (levantarse de la cama, caminar distancias cortas y usar el baño) y que hagan que el paciente adquiera un rol activo en su rehabilitación. También se reseñarán aspectos relativos al abordaje de las tareas cotidianas de manera sencilla cuando se reintegre a su domicilio. En este folleto se han detallado las características de la rehabilitación en el hospital (información de los ejercicios básicos en cama, explicaciones sobre la importancia de iniciar cuanto antes el movimiento y medidas de autoprotección discriminadas en virtud de la fractura, indicaciones sobre los pasos a seguir para levantarse de la cama, como utilizar el andador cuando llegue el momento, las pautas para sentarse y utilizar el inodoro), una pequeña guía ilustrada de cómo ejecutar las tareas cotidianas de manera sencilla y segura (asearse, vestirse) así como una serie de consejos prácticos sobre la preparación para el regreso al domicilio.

- Activación de un sistema de evaluación de los resultados del Plan, destinado tanto al personal sanitario como a los pacientes para introducir, en su caso, las modificaciones pertinentes.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha establecido una metodología de trabajo sistematizada y transversal con las especialidades y personal de todos los niveles asistenciales implicados. El calendario que se fijó se ha cumplido inicialmente y ha sido en este foro donde se han diseñado las acciones de educación sanitaria en movilizaciones y rehabilitación postquirúrgica. Estas acciones han estado sujetas a constante revisión en función de los resultados que arrojaban, introduciendo los elementos correctores precisos lo que ha sido posible por el fortalecimiento de la comunicación en redes del equipo multidisciplinar.

- La Unidad de Ortopediátrica ha arrojado un excelente resultado en cuanto a la disminución del riesgo de deterioro funcional tras el alta hospitalaria y una reducción en la duración de las estancias hospitalarias derivadas de ingresos por cirugía de cadera y rodilla en el paciente geriátrico.

- Estudio de realización de sesiones monográficas de trabajo con el personal sanitario por estamentos para

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

informar de los objetivos del Programa y las medidas a implementar. Obejtivo: dossier con pautas sobre las acciones precisas para reducir el deterioro funcional del anciano y la agilización del proceso de recuperación tras cirugía de cadera y rodilla, tanto médicos, como de aplicación de otras ayudas técnicas, fisioterapéuticas y psicológicas. La eficacia se ha evidenciado en la implantación de mejoras en la limitación de algunas medidas terapéuticas (sondajes vesicales, de sueroterapia a tratamiento oral, retirada de la SV) en la optimización de los recursos disponibles.

- Excelente respuesta del paciente y las familiares o cuidadores, con ganas de acudir a reuniones y conocer las charlas de los cuidado al cuidador en las que se les facilita información sobre la educación sanitaria precisa para acometer una correcta rehabilitación postquirúrgica sobre aquellos aspectos en los que es precisa su colaboración. Uno de los factores que ha contribuido al éxito ha sido la selección de pacientes programados para cirugía y realizar con ellos una promoción educativa previa a la realización de la misma. Otros aspectos como la flexibilización de los horarios durante la estancia hospitalaria, la mayor laxitud en la deambulación por pasillos, dar nociones básicas sobre higiene y otras de autoprotección de la cadera o rodilla han dado grandes resultados. Para facilitar a los destinatarios la retención de la información suministrada se redactaron unos folletos de gran utilidad tanto durante el ingreso como al alta con medidas básicas a observar en domicilio.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el tratamiento integral de la rehabilitación es determinante intentar restaurar la salud, mantener el mayor grado de independencia física y mental al objeto de limitar el deterioro funcional que es el indicador determinante en la calidad de vida del paciente geriátrico y principal predictor, con otros factores, del consumo sanitario por parte del anciano. La eficacia y eficiencia de la educación sanitaria en la rehabilitación depende de variables como la coordinación del equipo multidisciplinar que aglutine a los distintos niveles asistenciales y las previsiones de cada uno de ellos, la correcta valoración integral que identifique los problemas médicos, físicos, mentales y sociales, la planificación precoz y anticipada de las necesidades, la realización de un plan terapéutico que incluya la rehabilitación apropiada, haciendo una revisión periódica de ese plan en reuniones interdisciplinarias para llevar a cabo las adaptaciones estructurales necesarias, realizar una formación continuada al personal sanitario y una estrategia de información a pacientes y familiares. Todos estos parámetros se han ido cumpliendo salvo algunas previsiones que son de más difícil consecución y que están motivadas por causas exógenas al ser preciso el concurso de terceras personas -pacientes, familia y cuidadores-, cuya implicación hay que conseguir paulatinamente o por otras vinculadas a la disponibilidades presupuestarias que no son ilimitadas. En los que están referidos al paciente y su familia o cuidador se requiere tiempo para concienciarles de la trascendencia de su implicación en la correcta evolución del plan de rehabilitación. Se trata de contemplar asimismo, aspectos psicosociales individualizados para prever la estrategia más adecuada en cada caso. En cuanto a las disponibilidades presupuestarias se trata de la posibilidad de contar con los recursos artéticos precisos que faciliten la movilidad del paciente de referencia y la adaptación del mobiliario a las necesidades de estos pacientes y que permita la ejecución del plan. A nivel informático también es indispensable una dotación para la realización de videos y reforzamiento de redes para aumentar el impacto del plan. Se trata de un plan que como se ha apuntado, está dando excelentes resultados y cuya continuidad, habida cuenta de la estructura poblacional de Teruel, resulta imprescindible no sólo por lo que supone en la mejora de los procesos de rehabilitación sino porque ello, además, aumenta en el nivel de satisfacción de los usuarios un ahorro significativo al disminuir la duración de los ingresos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/142 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0142

Título  
EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Autores:  
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA MERCEDES, VASQUEZ CAMACHO MILAGRITOS MARGOT, ROYO AGUSTIN MARIA, RUEDA GRACIA EVA, TORRES ARANDA BEATRIZ, ESTEBAN SILVESTRE CONCEPCION, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, PANADERO ROMERO MARISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142

### 1. TÍTULO

#### EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos : Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los cuidadores de los pacientes acaecidos de cirugía de cadera y rodilla en el Hospital Obispo Polanco, en ocasiones desconocen como movilizar y ayudar en la rehabilitación de sus convalecientes. Dicha circunstancia provoca demoras en la mejora de la evolución de estos pacientes y estancias prolongadas hospitalarias. Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Objetivo principal: Reducir el grado de deterioro funcional que sufre el paciente anciano durante su ingreso..
- Educar y formar a los cuidadores de estos pacientes en la realización de una correcta fisioterapia para agilizar su proceso de rehabilitación. Aumentar la implicación de estos parientes en las movilizaciones de sus pacientes.
- Objetivos secundarios: Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización. Disminuir las estancias hospitalarias derivadas de la inactividad. Actualizar al personal sanitario

#### MÉTODO

- Realización de sesiones multidisciplinarias y creación del equipo de calidad con el fin de:
  - 1.Acclaración de competencias por parte de cada miembro
  - 2.Realizar talleres de actualización de movilizaciones en personal sanitario. Instrucción que se realizará para cada estamento: movilizaciones por parte de auxiliares, enfermería, fisioterapia y médicos.
  - 3.Implicación de los profesionales en la consecución de los objetivos mediante charlas informativas de carácter educativo.
  - 4.Implicación de los profesionales en la educación de pacientes/familiares, aumentando la estimulación en el ámbito laboral en beneficio de los pacientes
  5. Promoción de la salud conforme a criterios Lalonde consensuado con los médicos de los diferentes servicios adheridos al programa: Traumatología, Rehabilitación y Geriatria.
- Realizar una labor educativa a los cuidadores mediante:
  - 1.Realización de trípticos informativos acerca de las movilizaciones para repartir entre los familiares/cuidadores que precisan cirugía de cadera y rodilla.
  - 2.Enseñanza en las habitaciones por parte del personal de como realizar actividades básicas.
  - 3.Creación de vídeos para la difusión en la planta de Traumatología que se expondrían en un canal gratuito de los televisores de las habitaciones de las plantas de Traumatología y Geriatria. Estos mismos vídeos se colgarían también en un blog de Traumatología creado a tal fin.
  - 4.Captación de pacientes programados para cirugía para la realización de promoción educativa previa al ingreso. En estas sesiones explicativas se comentarían aspectos sociales y funcionales a tener en cuenta antes de pasar por el proceso traumatológico.
  - 5.Realización d blog online para facilitar la comunicación entre especialistas y pacientes con la supervisión del servicio de informática del Sector de Teruel.
- Mejorar los servicios, materiales y ayudas técnicas que se pueden ofrecer en la planta de Traumatología y Geriatria:

#### INDICADORES

Indicador 1: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulaci3n y transferencias/ N° total de pacientes ingresados  
Indicador 2: % de pacientes que son dados de alta de la Unidad de Hospitalización de Agudos con autonomía en la deambulaci3n y transferencias/ Numero total de pacientes ingresados  
Indicador 3: % de pacientes que permanecen encamados más de 48 horas tras cirugía / Numero total de pacientes ingresados  
Indicador 4:N% de pacientes institucionalizados de novo al alta/ Numero total de pacientes ingresados  
Indicador 5: Número de sesiones realizadas en fisioterapia;a por cada paciente  
Indicador 6: N° de de pacientes que desarrollan Síndromes confusionales durante su ingreso/ Numero total de pacientes ingresados

#### DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Marta Desde 2/18 al 2/19Desarrollo de material educactivo para personal sanitario

Todo el equipo/ F.E.A.S.2/18 al 3/1

Realizaci3n de charlas informativas al personal sanitario

Todo el quipo/Eva, Marisa y Beatriz : 1ª sesiones 4/18 y 5/18, y 11/18,12/18.

Creaci3n de trípticos y blog ( comrpra de dominio y hosting)

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0142**

**1. TÍTULO**

**EDUCACION SANITARIA EN MOVILIZACIONES Y REHABILITACION POSTQUIRURGICA**

Todo el equipo:4/18 y 5/18.  
Creación de videos explicativos y colocación en el blog y las habitaciones; Todo el equipo/María : 5/18 y 6/18  
Mejora de los servicios materiales y ayudas técnicas: Todo:el equipo/Concepción n. Desde 2/18 al 6/18.  
Captación de pacientes previo a la cirugía para promoción de salud . María . Desde 3/18 al 1/19.  
Recogida de datos para realización de indicadores:Todo el equipo/ Carolina y Milagritos En 1/19  
Redacción de resultado: Marta 2/19.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 23/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CASTRO VILELA  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... CSS SAN JOSE  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
• Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORCANO GARCIA MERCEDES  
GALA SERRA CARLOS  
FANDOS SIERRA LAURA  
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES  
MONTERO CERCOS PURIFICACION  
PONZ FLOR INMACULADA  
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
- Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
- En esta primera etapa se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatria. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
- Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
- Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
- Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decúbito dorsal).
- Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

o Caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)  
o Participar en su cuidado personal  
o Usar el baño para el aseo  
o Comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.  
o Estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos  
o Ejercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

- Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
- Se realizaron Charlas - Talleres para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
- Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
- Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%)
- INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

• La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

•Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados.  
•Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

#### 7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea. Se presentará en la convocatoria 2019 un proyecto de continuidad con el objetivo principal de prevenir el deterioro funcional hospitalario en el anciano.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/156 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0156

Título  
PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Autores:  
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.  
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.  
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.  
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.  
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.  
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.  
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.  
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

**MÉTODO**  
•Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.  
•Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.  
•En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta  
•Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.  
•Los pacientes serán agrupados en tres categorías según su nivel de movilidad: Nivel A: Al Deambulación

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

independiente. A2 Deambulaci3n independiente con ayuda t3cnica. A3 Deambulaci3n con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sill3n. Nivel C: Encamado,

- Se establecer3n protocolos de actuaci3n seg3n nivel de movilidad
- Se crear3n programas de ejercicios espec3ficos para cada nivel de movilidad.
- La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilizaci3n ser3 multicomponente y adaptada al grupo dirigido:

- oCharlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilizaci3n temprana.
- oPosters informativos colocados en sitios estrat3gicos de promoci3n de la movilidad.
- oDiseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalizaci3n. Este tríptico ser3 entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presi3n, se utilizar3 la Escala de Norton.
- Al alta se registrar3 en la historia cl3nica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la p3rdida de la capacidad para realizar al menos una actividad b3sica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situaci3n basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)
- Se crear3 una ficha de recogida de datos que se archivar3 en la historia cl3nica de cada paciente. Los datos recogidos servir3n para valorar las intervenciones realizadas.

#### INDICADORES

Indicador 1: N3mero de pacientes con registro de nivel de movilidad/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 2: N3mero de personal sanitario que asista a una sesi3n formativa de prevenci3n de deterioro funcional hospitalario/ N3mero total de personal sanitario del Hospital San Jos3 X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 3: N3mero de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)  
-Indicador 4: N3mero de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 5: N3mero de pacientes que desarrollan úlcera por presi3n/ N3mero total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

#### DURACI3N

Reuniones Organizativas: Enero - Febrero 2018  
Creaci3n de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018  
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018  
Creaci3n de carteles, Iconograf3a, posters y trípticos: Marzo-abril 2018  
Creaci3n de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018  
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018  
Evaluaci3n de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019  
Redacci3n de los resultados: Febrero 2019

#### OBSERVACIONES

Valoraci3n de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCI3N ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCI3N ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACI3N DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCI3N) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ELENA CASTRO VILELA  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... CSS SAN JOSE  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
• Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FORCANO GARCIA MERCEDES  
GALA SERRA CARLOS  
FANDOS SIERRA LAURA  
DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES  
MONTERO CERCOS PURIFICACION  
PONZ FLOR INMACULADA  
ESTEBAN MONTALAR CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de equipo interdisciplinar formado por tres médicos geriatras, dos enfermeras, una auxiliar de enfermería, una fisioterapeuta y una terapeuta ocupacional.
- Se realizaron 6 reuniones periódicas organizativas.
- Se incluyeron pacientes ingresados en la Unidad de Agudos de Geriatria. Se excluyeron pacientes con demencia severa, en cuidados paliativos o con Índice de Barthel menor de 20.
- Se realizó una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario, durante el ingreso y al alta
- Se hicieron carteles con iconografía para identificar el nivel de movilidad de cada paciente (Nivel A: deambulación con o sin ayuda, Nivel B: transferencias al sillón y Nivel C: encamados) y se colocaron en la cabecera de la cama.
- Se establecieron programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad (Ejercicios en bipedestación, sedestación y en decubito dorsal).
- Se establecieron protocolos de actuación según nivel de movilidad. Estos protocolos incluyeron:

o Caminar 3 o más veces al día (Habitación y pasillos)

o Participar en su cuidado personal

o Usar el baño para el aseo

o Comer sentado en la silla (de preferencia en las áreas comunes) y recibir visitas sentado.

o Estimular a familiares y visitantes a caminar con el paciente por la habitación y pasillos.

o Ejercicios específicos según nivel de movilidad: al menos 3 veces al día

- Se realizaron Charlas para el personal sanitario para promover la movilización temprana: Total 10 con una asistencia del 90% del personal sanitario del hospital.
- Se realizaron Charlas - Talleres para familiares y cuidadores: "Mantenerse activo durante la hospitalización".
- Se colocaron, en diferentes áreas del hospital, 7 Pósters informativos de los beneficios de la movilidad.
- Se diseñó un díptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización y de la importancia de mantener sus capacidades para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Este díptico fue entregado a los pacientes (familiares y cuidadores) incluidos en el estudio, en el momento del ingreso.
- Se registró en el texto asociado de Farmatools el Nivel de movilidad y las actividades de movilidad específicas para cada nivel
- Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se realizó la Escala de Norton.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: Porcentaje de pacientes con registro de Nivel de movilidad: 90% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 2: Porcentaje de personal sanitario que asistió a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario: 90%. (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 3: Porcentaje de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal: 5 % (Estándar: Inferior al 40%)
- INDICADOR 4: Porcentaje de pacientes y/o familiares que recibieron el díptico informativo de movilidad al ingreso: 80% (Estándar: Superior o igual al 60%)
- INDICADOR 5: N.º de pacientes que desarrollan úlceras por presión en el ingreso: 1% (Estándar: Inferior al 10%)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La hospitalización, es un factor de riesgo para el deterioro funcional en los ancianos. La inmovilidad y sedentarismo a los que están sometidos, la mayoría de los pacientes, son factores en los que podemos intervenir. La colaboración interdisciplinar del personal sanitario y la implicación de paciente, familiares y cuidadores son fundamentales para prevenir dicho deterioro y conseguir reducir las complicaciones derivadas de la inmovilidad.
- Conseguir la colaboración e implicación de los familiares y cuidadores ha sido una tarea difícil y con muchas limitaciones, creemos que tenemos un amplio margen de mejora en este aspecto. Proponemos continuar con las charlas informativas y talleres específicos para mayor concienciación de los implicados. • Los horarios, rutinas hospitalarias, carga asistencial y barreras arquitectónicas han sido una limitación para poder llevar

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

a cabo ciertos cambios y recomendaciones para evitar la inmovilización. Proponemos continuar con charlas informativas para implicar más al personal sanitario y plantear posibles alternativas de organización que permitan y favorezcan una mayor movilidad de los pacientes ingresados.

#### 7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo constituido para este proyecto continuará trabajando en esta línea.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/156 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0156

Título  
PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

Autores:  
CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, GALA SERRA CARLOS, FANDOS SIERRA LAURA, DOÑATE BASELGA MARIA ANGELES, MONTERO CERCOS PURIFICACION, PONZ FLOR INMACULADA, ESTEBAN MONTALAR CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: NO ESTÁ DIRIGIDA A UNA PATOLOGÍA EN CONCRETO  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La hospitalización tiene importantes efectos en la situación funcional del paciente anciano. Diferentes estudios muestran que los ancianos hospitalizados, que dos semanas antes del ingreso caminaban, pasan una media de sólo 43 minutos al día en movimiento durante la hospitalización.  
La inmovilización contribuye en importante medida a complicaciones iatrogénicas durante la hospitalización, incluidas, el delirium, las úlceras por decúbito, las infecciones respiratorias y atrofia muscular.  
Cada día de inmovilización en una persona anciana está asociado a una pérdida de 1 a 5% de masa muscular; todo ello, con el consecuente impacto sobre su calidad de vida e importantes consecuencias como son la dependencia, institucionalización, mayor consumo de recursos sanitarios y aumento de la mortalidad.  
Muchos de los factores asociados a la hospitalización, que contribuyen a la aparición del deterioro funcional son potencialmente modificables. Protocolos de movilización temprana, disminuyen la estancia hospitalaria y mejoran la situación funcional de los pacientes y sus posibilidades de regresar a su domicilio.  
Creemos que es importante implementar y evaluar una estrategia multicomponente dirigida al personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana en pacientes ancianos hospitalizados.

RESULTADOS ESPERADOS  
Implantar un protocolo de movilización temprana de los pacientes ingresados en una unidad de geriatría, que incluya la participación de pacientes, familiares y personal sanitario.  
Prevenir el deterioro funcional asociado a la hospitalización.  
Disminuir el grado de deterioro funcional del paciente anciano durante la hospitalización.  
Reducir la tasa de complicaciones derivadas de la inmovilización.

MÉTODO  
• Creación de un equipo interdisciplinar formado por médicos geriatras, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.  
• Se incluirá a los pacientes ingresados en la unidad de agudos del Hospital San José.  
• En cada paciente, se realizará una evaluación de movilidad en las primeras 24 horas del ingreso hospitalario y al alta  
• Registro del Índice de Barthel basal, al ingreso y al alta.  
• Los pacientes serán agrupados en tres categorías según su nivel de movilidad: Nivel A: Al Deambulación independiente. A2 Deambulación independiente con ayuda técnica. A3 Deambulación con ayuda de una persona. Nivel B: Transferencias a sillón. Nivel C: Encamado,  
• Se establecerán protocolos de actuación según nivel de movilidad  
• Se crearán programas de ejercicios específicos para cada nivel de movilidad.  
• La estrategia utilizada para implementar los mensajes de movilización será multicomponente y adaptada al grupo dirigido:  
o Charlas para el personal sanitario, familiares y cuidadores para promover la movilización temprana.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0156

### 1. TÍTULO

#### PREVENCIÓN DE DETERIORO FUNCIONAL HOSPITALARIO EN EL ANCIANO: ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA MOVILIDAD

o Posters informativos colocados en sitios estratégicos de promoción de la movilidad.  
o Diseño de tríptico informativo de los beneficios de mantenerse activo durante la hospitalización. Este tríptico será entregado a los pacientes, familiares o cuidadores en el momento del ingreso.  
• Para valorar el riesgo del paciente de presentar úlceras por presión, se utilizará la Escala de Norton.  
• Al alta se registrará en la historia clínica si el paciente presenta deterioro funcional hospitalario, definido como, la pérdida de la capacidad para realizar al menos una actividad básica de la vida diaria en el momento del alta respecto a la situación basal (2 semanas antes del inicio de la enfermedad aguda)  
• Se creará una ficha de recogida de datos que se archivará en la historia clínica de cada paciente. Los datos recogidos servirán para valorar las intervenciones realizadas.

#### INDICADORES

Indicador 1: Número de pacientes con registro de nivel de movilidad/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 2: Número de personal sanitario que asista a una sesión formativa de prevención de deterioro funcional hospitalario/ Número total de personal sanitario del Hospital San José X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 3: Número de pacientes que son dados de alta con índice de Barthel inferior en 30 puntos al basal/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 40%)  
-Indicador 4: Número de pacientes (o sus familiares) que reciben tríptico informativo de movilidad al ingreso/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Superior o igual 60%)  
Indicador 5: Número de pacientes que desarrollan úlcera por presión/ Número total de pacientes incluidos en el estudio X100 (Inferior al 10%)

#### DURACIÓN

Reuniones Organizativas: Enero - Febrero 2018  
Creación de ficha y base de datos: Febrero-Marzo 2018  
Recogida de datos: Abril a diciembre 2018  
Creación de carteles, Iconografía, posters y trípticos: Marzo-abril 2018  
Creación de programa de ejercicios: Marzo-abril 2018  
Sesiones formativas (personal sanitario, familiares y cuidadores): Marzo a Mayo 2018  
Evaluación de los indicadores de calidad: Enero-febrero 2019  
Redacción de los resultados: Febrero 2019

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

### 1. TÍTULO

#### NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... DANIEL MARTINEZ FABRE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... CSS SAN JOSE  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO VILELA MARIA ELENA  
HERNANDEZ MARTIN JULIA  
CORREA BALLESTER MARTA  
GALA SERRA CARLOS  
OQUENDO MARMANEU CARMEN  
GONZALEZ EIZAGUIRRE MARTA  
SOLIS MAGDALENO ROSA ELVA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde Enero de 2018 se comenzó a establecer en la primera semana del ingreso del paciente, el médico responsable establecerá el Nivel de Intervención Terapéutica (NIT) y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Este proceso será realizado a través de la Valoración Geriátrica Integral y con la ayuda de las herramientas descritas en los Anexos de este documento. Tanto el NIT como las recomendaciones en toma de decisiones serán registrados en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).

Las compañeras farmacéuticas han revisado el tratamiento prescrito y mediante la herramienta de deprescripción Stopfrail, se han sugerido los cambios necesarios en aquellos pacientes con nivel de Intervención C y D. Se ha realizado un registro en Hoja Excel de los datos necesarios para cumplimentar los indicadores de evaluación de este proyecto.

En el mes de Enero de 2019 se han analizado los resultados obtenidos de los indicadores de los pacientes ingresado desde 1 de Mayo de 2018 a 31 de Diciembre de 2018.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En todos los indicadores la fuente de obtención es la Historia Clínica del paciente y su tratamiento prescrito en el Programa Farmatools, los resultados son los siguientes:

Indicador 1: Estratificación según la complejidad. Se ha establecido un Nivel de Intervención Terapéutica en 415 pacientes de los 513 ingresados durante el periodo descrito en el proyecto, lo que supone un 80,8 %; superando el estándar de calidad propuesto.

Indicador 2: Toma de Decisiones. En un 70,37 % de los pacientes del total de pacientes ingresados se realizó una recomendación sobre manejo teniendo en cuenta su nivel de intervención. Sin embargo ajustando por aquellos pacientes en los que se había realizado una estratificación según su complejidad, el 85% de los pacientes se había anotado en su Historia Clínica alguna orientación sobre maniobras diagnóstico terapéuticas a las que era candidato, siendo además consensuadas con compañeros, paciente y familia, en la mayoría de los casos.

Indicador 3: Deprescripción farmacéutica. Tan sólo en el 31% de los pacientes con NIT C o D se ha registrado el uso de la Herramienta de Deprescripción Stopfrail en el programa de Farmacia Farmatools®; sin embargo se ha realizado un análisis de aquellos pacientes que fallecieron durante el ingreso y el 75,8% de ellos el tratamiento recibido 24 horas antes de su fallecimiento era exclusivamente paliativo, por lo que se puede deducir que en un gran porcentaje de pacientes se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico, suspendiendo fármacos con orientación preventiva como IBPs, enoxaparinas, etc...

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acogida de esta herramienta propuesta en el proyecto de calidad, ha sido ampliamente implementada por los facultativos participantes en el proyecto y por compañeros que intervienen en el manejo de los pacientes ingresados en el Hospital. La realidad es que ante la gravedad de algunos ingresos que fallecen de forma temprana, resulta complicado poder realizar una correcta estratificación y adecuación del nivel de intervención terapéutica. Sería interesante que esta herramienta pudiese ser usada desde Atención Primaria y desde otros niveles asistenciales/especialidades.

Los resultados del indicador número 3, no han alcanzado el estándar de calidad planteado, sin embargo hay que tener en cuenta que aquellos ingresos que se realizaron durante el periodo vacacional de las compañeras farmacéuticas no se pudo realizar esta tarea. Además no se tuvo en cuenta la deprescripción que se realiza al ingreso de los pacientes, que debería haberse registrado, pues en la mayoría de los casos, es el momento en el que mayor ajustes se realizan a nivel de tratamientos no indicados.

Sería interesante poder recoger las impresiones de compañeros de enfermería y medicina, ante la variabilidad clínica que se ha observado en la estratificación y las orientaciones diagnóstico terapéuticas en los diferentes niveles de intervención. Aunque la impresión general es que resulta una herramienta útil a la hora de facilitar la toma de decisiones.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/269 =====

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269

### 1. TÍTULO

#### NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

\*\*\*

Nº de registro: 0269

Título  
NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA

Autores:  
GALA SERRA CARLOS, MARTINEZ FABRE DANIEL, CASTRO VILELA MARIA ELENA, FORCANO GARCIA MERCEDES, HERNANDEZ MARTIN JULIA, CORREA BALLESTER MARTA, FERNANDEZ MINAYA DIONIS CAROLINA, LINGE MARTIN MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CSS SAN JOSE

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: todas  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El envejecimiento implica un aumento de cronicidad y comorbilidad, que condiciona un incremento de dependencia e institucionalización, elevando el consumo de recursos socio-sanitarios, con la aparición de situaciones complejas. Para facilitar la toma de decisiones y manejar la complejidad de los pacientes ingresados en el Hospital San José de Teruel, se propone estratificarlos mediante los Niveles de Intervención Terapéutica (NIT) según la Valoración Geriátrica Integral (VGI).

RESULTADOS ESPERADOS  
1.Implementar una herramienta de ayuda para definir objetivos terapéuticos y facilitar la unidad de criterios, evitando la variabilidad clínica entre profesionales.  
2.Anticipar la toma de decisiones en situaciones críticas. Facilitar a todos los profesionales los objetivos fundamentales e intervenciones indicadas o no recomendables en cada paciente.  
3.Ofrecer a los pacientes una atención de calidad en el final de su vida: mediante la mejoría del control de síntomas y la adecuación del esfuerzo terapéutico, con la ayuda de herramientas de optimización de prescripción.

MÉTODO  
El médico responsable establecerá el NIT mediante la VIG y las recomendaciones sobre toma de decisiones de forma individualizada y consensuada con paciente y familia. Las farmacéuticas usarán la herramienta de deprescripción Stopfrail y propondrán al médico responsable los fármacos a deprescribir. Este proceso será registrado en Historia Clínica y en el texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®) y recogido en Access.

INDICADORES  
Indicador1: Estratificación según la complejidad. Fórmula: (Nº pacientes identificados con NIT/ Nº total de pacientes ingresados el Hospital San José) x100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado del programa de prescripción electrónica (Farmatools®).  
Indicador2: Toma de Decisiones. Fórmula: (Nº de pacientes con registro de toma de decisiones/Nº de pacientes ingresados) x 100. Estándar: 70%. Fuente de datos: Historia clínica y texto asociado de Farmatools®  
Indicador3: Deprescripción farmacéutica. Fórmula: (Nº de pacientes identificados con NIT C o D con tratamiento revisado utilizando la herramienta Stopfrail/ Nº de pacientes identificados con NIT C y D) x 100. Estándar: 60%. Fuente de datos: Farmatools®.

DURACIÓN  
Definición del proyecto:Enero-Marzo2018. Implantación - Recogida de datos:Abril2018-Enero2019. Evaluación de los indicadores de Calidad:Agosto2018 y Febrero2019.Redacción de los resultados:Febrero 2019.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0269**

**1. TÍTULO**

**NIVELES DE INTERVENCION TERAPEUTICA EN GERIATRIA**

---

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

### 1. TÍTULO

#### SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUÑOZ PAMPLONA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ALERGOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
QUINTANA MARTINEZ VARA DE REY MACARENA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En España, los pólenes están considerados como la primera causa de rinitis alérgica y de asma extrínseca. La polinosis ha pasado de ser una enfermedad muy rara a lo que, sin duda, es el trastorno inmunológico que con más frecuencia afecta en la actualidad al ser humano.

Considerando los pólenes alergénicos globalmente en España, las gramíneas resultan ser la causa más importante de polinosis.

La sensibilización a gramíneas es dominante en el Centro y Norte de la Península a excepción del litoral Mediterráneo, donde por el contrario la Parietaria judaica (una maleza) relega a las gramíneas a un segundo lugar.

Igual ocurre con la Olea (olivo) en el sur de España, en aquellas áreas con extensas superficies de olivares, donde este polen resulta ser la principal causa de polinosis, ocupando las gramíneas un segundo puesto. Otros pólenes alergénicos importantes son los Plantagos, Artemisia, Salsola y Chenopodium. También pueden producir polinosis aunque con un carácter más local la Betula (abedul), las Cupresáceas "arizónicas y cipreses", el Platanus (plátano de sombra), Mercurialis (una maleza), Pinus y Palmáceas.

Los siguientes datos sirven para enfatizar la importancia actual que tienen los pólenes, principalmente en términos de morbilidad y coste sanitario:

- La alergia a los pólenes representa el 63% de la etiología de las rinoconjuntivitis vistas en los centros de alergia en la región centro y el 51% en el resto de España.
- Los pólenes constituyen el agente etiológico del 43% de las asmas extrínsecas vistas en los centros de alergia en España.
- El gasto en antihistamínicos es importantísimo en nuestro país y es solo la punta del iceberg del coste económico que supone la alergia a los pólenes ya que al gastos farmacéuticos hay que sumar los gastos por atención médica, hospitalizaciones, pérdidas en jornadas laborales etc
- La prevalencia de polinosis se ha multiplicado en las últimas décadas

Los alérgenos de los pólenes que desencadenan rinoconjuntivitis y asma corresponden a los procedentes de los árboles y plantas que polinizan a través del aire (polinización anemófila) y no a través de los insectos (polinización entomófila)

Los pólenes alergénicos varían según la vegetación y el clima. En general, los pólenes de los árboles son los predominantes durante el invierno y principios de la primavera, los pólenes de las gramíneas durante la primavera y los de las malezas durante el verano y otoño.

Los pacientes con asma polínica pueden presentar agudizaciones bruscas y recortadas durante períodos muy específicos del año.

Los pacientes deben ser informados sobre el comienzo, duración y finalización de aquel o aquellos pólenes inductores de su alergia para que de esa manera, sepan cuando deben iniciar y finalizar las medidas de evitación y el tratamiento farmacológico.

Las medidas de evitación se basan principalmente en mantenerse durante el pico de polinización, el mayor tiempo posible en el interior de las casas, con las ventanas cerradas, siendo útil el uso de aire acondicionado con filtros. No obstante, dado que los pacientes tienen que salir al trabajo o a la escuela, estas medidas son difíciles de llevar por lo que, en un gran número de casos, es necesaria la utilización de medicación sintomática y/o inmunoterapia para prevenir y controlar los síntomas

Por todo ello es importante conocer los pólenes del área en el que se trabaja y las sensibilizaciones relevantes en ella.

Disponemos de un colector de pólenes para el recuento diario de los pólenes y hemos querido completar el estudio de nuestra zona con este trabajo en el que analizamos las sensibilizaciones a pólenes de nuestros pacientes.

#### OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio fue realizar un estudio transversal retrospectivo de 100 casos de pacientes sensibilizados a pólenes, determinando la prevalencia en cuanto a edad, sexo, antecedentes personales y familiares de alergia, localidad de residencia, patologías alérgicas que padecen y pólenes a los que está sensibilizado.

Los datos se recogieron durante el primer semestre del año y se analizaron en el segundo semestre.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

### 1. TÍTULO

#### SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

##### MATERIAL Y MÉTODOS

Para ello se realizó una ficha de recogida de datos que se cumplimentó en los 100 últimos pacientes que habían sido diagnosticados de polinosis en la consulta de Alergología.

##### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

###### SEXO:

HOMBRE	57
MUJER	43

###### EDAD:

MÁXIMA	63
MÍNIMA	6
MEDIA	28.7
MEDIANA	31

###### ANTECEDENTES FAMILIARES DE ATOPIA:

SI	51
NO	49

###### ANTECEDENTES PERSONALES DE ATOPIA

SI	11
NO	89

###### LUGAR DE RESIDENCIA:

TERUEL CAPITAL	66
PUEBLOS	44

###### PATOLOGÍA PRESENTADA:

RINOCONJUNTIVITIS	87
RC Y ASMA BRONQUIAL	13
OTRAS	10

###### PÓLENES MÁS FRECUENTES:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

### 1. TÍTULO

#### SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

GRAMÍNEAS	69	
CIPRÉS	69	
OLIVO	67	
CHENOPODIÁCEAS		38
ARTEMISIA	33	
PLÁTANO DE SOMBRA	31	
PLÁNTAGO	24	
TARAXACUM	21	
PARIETARIA	9	

#### PÓLENES MENOS FRECUENTES:

SAUCE	18
OLMO	18
MERCURIALIS	17
ROBLE	11
LENTISCO	11
CASTAÑO	10
RUMEX	10
BRASICA	10
CHOPO	8
PINO	0

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observó una mayor prevalencia del sexo masculino en los pacientes estudiados, con un 57% de casos masculinos, frente a un 43% de sexo femenino.

Los pacientes de ambos sexos, mostraron un rango de edad que osciló entre 6 y 63 años, siendo la media de edad de 28.7 años y la mediana de 31 años.

Del total de 100 pacientes, aproximadamente la mitad presentaban antecedentes familiares de atopia.

Sólo un 11 % presentaban otros antecedentes personales de atopia.

El 66% vivían en Teruel capital y 44% en hábitat rural.

La clínica más frecuente fue la rinoconjuntivitis, en el 13% de los casos se acompañó de Asma bronquial.

Un 10% presentaban otras patologías alérgicas como alergia alimentaria, Dermatitis atópica, alergia a fármacos etc.

La batería de pólenes testados se dividió en dos apartados, por un lado los pólenes más frecuente, que son aquellos que conocemos por su capacidad alergénica y que se prueban de forma rutinaria en las consultas de Alergología y por otro lado los menos frecuentes a la hora de producir alergia.

A los 100 pacientes se les realizó pruebas cutáneas en prick test con los 20 pólenes a estudiar, se utilizó como controles solución salina e histamina y se realizaron en el antebrazo siguiendo las normas y protocolos establecidos para la realización de estas pruebas.

Para valoración de la positividad se midieron las pápulas resultantes en milímetros.

Los pólenes con mayor porcentaje de positividad fueron los de gramíneas (69%), olivo (69%) y ciprés (67%) coincidiendo con la clínica que observamos en la asistencia diaria en nuestra consulta y destacando la relevancia de la sensibilización a ciprés que era anecdótica hasta hace unos años.

Le siguen en frecuencia el polen de Chenopodiáceas (38%), Artemisia (33%) y Plátano de sombra (31%), al igual que en el caso de las cupresáceas se objetiva incremento progresivo del número de pacientes alérgico a polen de platanero en los últimos años.

Por último un 24% de los pacientes están sensibilizados a polen de Plantago, 21% a Taraxacum y sólo un 9% a parietaria, hay que explicar que el polen de Parietaria es muy alergénico y que la baja sensibilización encontrada puede llevar a error, el motivo es que en la consulta estudiamos pacientes de toda la provincia y de la zona del Rincón de Ademuz, por sus característica la Parietaria no crece en nuestra provincia excepto en determinadas áreas en las que el clima se caracteriza por ser más mediterráneo y con pocas heladas, en esas zonas la sensibilización a Parietaria es importante, por el contrario en el resto de la provincia no crece esta planta y no encontramos pacientes sensibilizados a la misma.

Entre los diez pólenes con menos sensibilizaciones nos encontramos el Sauce (18%), Olmo (18%) y Mercurialis

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

### 1. TÍTULO

#### SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

(17%), otros cinco pólenes tienen una sensibilización aproximada de 10%, son el Roble, Lentisco, Castaño, Rumex, y Brasicas, y algo menor en el caso del Chopo (8%).

Destaca no haber encontrado ninguna sensibilización a pino en los cien pacientes estudiados, a pesar de ser una provincia con amplias zonas de pinares.

El estudio de las sensibilizaciones en el área en el que se trabaja facilita el diagnóstico de los agentes causantes de alergia respiratoria.

Conociendo la etiología y su época de polinización se pueden establecer medidas de prevención adecuadas y en el caso necesario establecer un tratamiento etiológico correcto.

Estudiar el espectro polínico y su dinámica a lo largo de los años permite obtener información de los posibles alérgenos en el área, para ajustar las baterías de diagnóstico necesarias en la consulta.

Es importante observar la tendencia a lo largo del tiempo de algunos pólenes, como ejemplo podemos ver el incremento progresivo del polen de cupresáceas, debido principalmente a la polinización de los cipreses ornamentales que se han plantado de forma masiva. También empiezan a aparecer cantidades más relevantes de polen de plátano por el mismo motivo.

Con estos estudios podemos elaborar modelos de predicción más exactos que nos permitan conocer cuál será el calendario polínico

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/288 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0288

Título  
SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

Autores:  
MUÑOZ PAMPLONA MARIA PILAR, QUINTANA VARA DE REY MACARENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
EN ALERGOLOGÍA ES FUNDAMENTAL EL ESTUDIO DE LA AEROBIOLOGÍA DE LA ZONA, SEGÚN LA MISMA HAY SENSIBILIZACIÓN A DIFERENTES PÓLENES.  
EN LA CONSULTA DIARIA SE UTILIZAN BATERÍAS DE AEROALÉRGENOS QUE DEBEN SER ADECUADAS AL ENTORNO EN EL QUE SE TRABAJA.

RESULTADOS ESPERADOS  
RECOGER INFORMACIÓN DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO, PARA ELLO RELLENAREMOS UNA FICHA CON LOS DATOS DE 100 PACIENTES ALÉRGICOS AL POLEN A LOS QUE SE LES HABRÁ REALIZADO UNA BATERÍA DE PRUEBAS CON 20 PÓLENES DIFERENTES.

MÉTODO  
DURANTE EL SEGUNDO DEMESTRE ANALIZAREMOS LOS DATOS RECOGIDOS, CON EL FIN DE ADECUAR LA BATERÍA ESTANDAR A LA ZONA.

INDICADORES  
PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS SEGUIREMOS LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ALERGOLOGÍA.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0288

### 1. TÍTULO

#### SENSIBILIZACION A POLENES EN EL AREA DE TERUEL

DEBEN ALCANZARSE LOS 100 PACIENTES CON BATERÍA DE PRUEBAS A PÓLENES COMPLETA.

DURACIÓN

RECOGIDA DE DATOS EL PRIMER SEMESTRE. ANÁLISIS EL SEGUNDO SEMESTRE

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO ADAN ADELA  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
SANLLEHI VILA NURIA  
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO  
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO  
MONTON DITO JOSE MARIA  
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES  
El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN  
En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.

Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN  
Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO  
El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos

Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060**

**1. TÍTULO**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO**

continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su medida.  
LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, aunque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, LoD= media (blanco) + 2 ó 3 × SD (blanco). No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es la cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:  
a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.  
b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.  
c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.  
e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblaciones, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

	hsTnI	hsTnT
LoB	0-1,7 ng/L ?	3 ng/L (pg/mL)
LoD	1-2,3 ng/L ?	5 ng/L
LoQ	5,6 ng/L	13 ng/L
Intervalo de medición	1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L
Sensibilidad	84-90% (URL: 17,5 pg/mL)	100 % (p99: 14 ng/L)
Especificidad	92-99%	75%
Tipo de muestra	Plasma y suero	Suero.No intercambiar
Valor de referencia		
(sin estratificar sexo)	17,5 ng/L	14 ng/L
Hombres:	19,8 ng/L (IC95%: 12.6-20.7)	
Mujeres:	11,6 ng/L (IC95%: 8.4-18.3)	No diferencia
Efecto Temperatura ambiental	SI	NO
Calibración	20 determinaciones	4
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos
Interferencia hemólisis	No hasta 2.000.000 ng/L	Falsos positivos Falsos negativos
Efecto Hook	No hasta 2.000.000 ng/L	100.000 ng/L
Seguimiento clínico	Cada 3 horas	Cada 3 horas
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico.
? 50% debajo del LQ (7 ng/L)		
? 20% encima del LQ	Estudios validados	APACE. APACE 2015. TRAPID
Tiempo en el mercado	2017	2010

A2) Aspectos Clínicos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.  
La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology (Figura 1). Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:  
- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).  
- Beckman Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

#### A3) Aspectos económicos

Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanalizador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.

Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI (Beckman)	hsTnT (Roche)
Test	9,07 €	4,98 €

#### B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas. Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.

Clínicamente agrupamos los diagnósticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, síncope, complicaciones trastorno cardíaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.

Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060**

**1. TÍTULO**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO**

Tabla 4. Estudio de sensibilidad y especificidad en ambas plataformas (S: Sensibilidad; E: Especificidad; FP: Falsos positivos; FN: Falsos Negativos).

	S (%)	E (%)	FP(%)	FN (%)	
hsTnT (Roche)		100	59	36	0
hsTnI (Beckman)		89	66	29	2

**C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN**

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un tríptico en el que recoge la información más relevante del "Dolor torácico en urgencias" (Anexo 1) en la práctica clínica. En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

**D) EVALUACIÓN DEL PROCESO**

Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

**a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?**

Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

**b) Indicador del proceso:**

**b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:**

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):  
Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):  
Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %

Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

**b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardiaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina**

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):  
Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):  
Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

**6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.

2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinin kinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenas (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.

3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.

4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.
6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.
7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.
8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos.

La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardíacas y no cardíacas que se deben tener en cuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/60 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0060

Título  
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:  
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:

1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicitó un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:

1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y en necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

(VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.  
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorrariamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:

- Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
- Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

#### MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

##### 1. Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

##### 2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnóstico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

#### INDICADORES

Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

#### DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.

Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.

Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.

Diciembre 2018: Elaboración de la memoria.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SARA FERNANDEZ LANDAZURI  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO ADAN ADELA  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
SANLLEHI VILA NURIA  
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO  
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO  
MONTON DITO JOSE MARIA  
JURADO GOMEZ FELICIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

El objetivo es realizar un estudio comparativo de dos ensayos para la determinación de troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad (hsTnT) (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).

La comparativa se basa en establecer la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro centro. Los aspectos a valorar son los siguientes:

1. Técnicos: Límite del Blanco, Límite de Detección, Límite de Cuantificación, intervalo de medición, establecimiento del percentil 99 de la población, calibración (determinaciones, intervalo de tiempo), duración del inmunoensayo, hemólisis, espacio físico y plataformas necesarias para el análisis.
2. Clínicos: definición de cambios significativos, algoritmos o paneles de decisión, puntos de corte, edad, género.
3. Coste: reactivos, calibradores, controles, suministros.

B) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN

En un segundo paso, se analizan por ambas plataformas 104 muestras para la determinación de hsTn en 4 y 6 series analíticas respectivamente. Las muestras analizadas proceden de las peticiones de troponina I convencional (la empleada en el momento de la comparación). Las muestras se obtuvieron en suero (Vacuette tube), y tras realizar la analítica solicitada por el clínico de troponina I convencional, se congelaron y en un mismo ciclo de descongelación se analizaron en ambas plataformas de forma simultánea las troponinas ultrasensibles o de alta sensibilidad.

Se registraron los diagnósticos de los 104 pacientes a los que se analizó la troponina para evaluar la sensibilidad (S), especificidad (E) y los falsos positivos (FP) y negativos (FN) empleando los puntos de corte establecidos por los fabricantes. Se clasificaron los diagnósticos como presencia o no de isquémica miocárdica (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, tako-Subo). Al tratarse de dos isoformas distintas (hsTnI, Beckman & hsTnT, Roche) no se puede realizar el análisis de regresión lineal ni el análisis de las diferencias (Bland-Altman).

C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Una vez escogida la troponina ultrasensible más conveniente para nuestro centro atendiendo a todos los aspectos valorados, se comunicó a los clínicos implicados y se fijó un algoritmo que pueda ayudar al diagnóstico.

D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

El seguimiento y la evaluación de adhesión al protocolo pactado de actuación se realiza a través de las recomendaciones del panel de expertos de la Asociación Española de Biopatología Médica-Medicina de Laboratorio (AEBM-ML) mediante indicadores y preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES

Para realizar una correcta comparación entre ambos reactivos para la determinación de la troponina ultrasensible o de alta sensibilidad (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter) se evalúan parámetros técnicos, clínicos y de costes.

A1) Aspectos técnicos

Los aspectos a valorar se obtienen de la información proporcionada por las dos casas comerciales en la hoja de información del reactivo. Se revisaron previamente las definiciones de los conceptos, que se listan a continuación:

El límite de blanco (LoB) es la concentración más alta de troponina cardiaca que se puede encontrar en una muestra que no contiene el constituyente a medir. Estadísticamente se calcula con el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio de la muestra analizada más 1,65 veces la desviación estándar (DE) de su

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060**

**1. TÍTULO**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO**

medida.

LoB = media (calibrador cero) + 1,645 × SD (calibrador).

El límite de detección (LoD) es la concentración más baja de troponina que se puede detectar en una muestra de baja concentración, aunque la cuantificación no sea exacta. Es una concentración mayor que el límite de blanco. Estadísticamente, se calcula como el límite de confianza unilateral al 95% del valor medio del LoB más 1,65 veces la DE de la muestra de baja concentración. Es decir, LoD= media (blanco) + 2 ó 3 × SD (blanco).

No existe consenso firme sobre el número de repeticiones por serie, en general, se refiere a 21 repeticiones. En Estados Unidos los laboratorios hasta 2017 no han podido informar troponinas cardiacas en el límite de detección porque los resultados disponibles (se utilizaban generaciones de ensayos anteriores a los de alta sensibilidad aprobados ese año) y los de POCT presentaban imprecisiones >20% en esta concentración. La FDA (Food and Drug Administration) sólo permite a los fabricantes informar resultados de troponinas cardiacas a concentraciones inferiores que la menor concentración que tiene una imprecisión total (CV = 20%).

El límite de cuantificación (LoQ) es 1 cantidad más baja de analito en una muestra que puede ser cuantificada con una precisión y exactitud aceptables, en condiciones experimentales establecidas. Matemáticamente es la concentración de troponina en la que el error de medida es del 5% (o en algunos métodos, el error que cumple el objetivo requerido o establecido, por ejemplo 10%). También tiene en cuenta el sesgo (diferencia con la sensibilidad funcional).

El percentil 99 es la concentración utilizada por las guías clínicas para el diagnóstico de SCA derivado de individuos aparentemente sanos en estudios desarrollados. Recomendaciones de la IFCC:

- a) El valor dado por los fabricantes se considera aceptado, aunque se pueda determinar en nuestra población sana.
- b) El percentil 99 en un ensayo de alta sensibilidad se debería medir con una imprecisión analítica = 10% CV.
- c) Los métodos de alta sensibilidad deberían medir cTn por encima del límite de detección en más del 50% de individuos sanos.
- e) El percentil 99 debe informarse en números enteros en ng/L.

En la Tabla 1 se especifica la comparación de ambas técnicas valorando parámetros junto a otros como son: intervalo de medición, sensibilidad, especificidad, tipo de muestra, efecto de la temperatura ambiental, número de test necesarios para la calibración, duración de la calibración, tiempo del ensayo, interferencia de la hemólisis, posible efecto Hook, valores de referencia poblaciones, puntos de decisión clínica, diferencia por sexos, estudios validados y el tiempo de vida del producto en el mercado.

El estudio comparativo de la información proporcionada por las casas comerciales demuestra que ambos métodos son de alta sensibilidad para determinar la troponina (alcanzando el 100% de sensibilidad con la plataforma de Roche), con parámetros buenos y aceptables. La hemólisis es una interferencia común en ambas técnicas siendo especialmente sensible para la plataforma de Roche.

Tabla 1. Estudio técnico comparativo (Troponina I de Beckman Coulter & Troponina T de Roche Diagnostics).

	hsTnI	hsTnT	
LoB	1,7 ng/L	3 ng/L (pg/mL)	
LoD	2,3 ng/L	5 ng/L	
LoQ	5,6 ng/L	13 ng/L (sensibilidad funcional)	
Intervalo de medición	1-27.027 ng/L	3-10.000 ng/L	
Sensibilidad	84-90% 100 %	75%	
Especificidad	92-99%		
Tipo de muestra	Plasma y suero	Suero	
Valor de referencia			
Sin estratificar sexo	17,5 ng/L	14 ng/L	
Hombre:	19,8 ng/L	No diferencia	
Mujeres:	11,6 ng/L		
Efecto Tª ambiental	SI	NO	
Calibración	20 determinaciones	4 determinaciones	
Duración ensayo	17 minutos	9 minutos	
Interferencia hemólisis	Falsos positivos	Falsos negativos	
Seguimiento clínico	1-3 h 1º: Basal		
3-6 h 2º:	3 horas		
6-9 h	3º: 6 horas		
Designación decisión	Valor delta	Contexto clínico. Relativo	
(no fijo) ?	50% debajo del LQ (7 ng/L)		
? 20% encima del LQ			
Estudios validados	APACE		
APACE	2015		
TRAPID-AIM			
Tiempo en el mercado	2017	2010	

**A2) Aspectos Clínicos**

En este apartado contemplamos los siguientes aspectos: Algoritmos [cambio significativo (delta) y como definir en números absolutos o relativos delta, tiempos, cinética], sexo, género.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060**

**1. TÍTULO**

**ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO**

La troponina ultrasensible de Roche Diagnostics lleva muchos más años en el mercado y se han realizado múltiples estudios nacionales e internacionales para validar la técnica en las distintas poblaciones. Esta casa comercial plantea el algoritmo validado por la European Society of Cardiology. Beckman Coulter lanzó la troponina I de alta sensibilidad del año pasado y propone diferentes estrategias para establecer los valores de decisión según sensibilidades y especificidades, siendo la responsabilidad de cada laboratorio fijar los valores de decisión que considere más apropiados para su población.

Los valores de cTn aumentan con la edad especialmente por encima de los 60 años y son más elevados en la población masculina. A pesar de que la recomendación de la IFCC sugiere la estratificación del p99 por sexo biológico, y al menos, por dos bloques de edad, la mayoría de los estudios que han calculado los p99 de los inmunoanálisis que determinan troponinas se han realizado sin seguir estas recomendaciones. La posición al respecto es la siguiente:

- Roche Diagnostics: utiliza un único punto de corte hsTnT (segregar por sexos el p99 no mejora el pronóstico en nuestro entorno europeo, fijándose en 14 ng/L para ambos sexos).
- Beckmann Coulter: establece una diferencia por sexos y de forma global para la población (Hombre: 19,8 ng/L; Mujeres: 11,6 ng/L; Ambos: 17,5 ng/L).

**A3) Aspectos económicos**

Inicialmente se realizó el cálculo teórico del coste de cada determinación teniendo en cuenta los costes del reactivo, control, calibrador y suministros del equipo (Tabla 2).

Tabla 2. Coste de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Reactivo	3,57 €	2,66 €
Calibrador	0 €	0 €
Control	0,5 €	0 €
Suministros	2 €	0 €
Test	6,07 €	2,66 €

A posteriori, se pudo determinar de una forma más precisa el coste de cada determinación, con datos reales de nuestro laboratorio (Tabla 3). Este coste está ajustado a todas las acciones que se llevan a cabo en el laboratorio para la entrega de un resultado veraz y exacto de troponina. A priori, podemos observar que los calibradores tienen un coste de 0 €; sin embargo esto no implica que la calibración sea 0 € puesto que para calibrar el autoanalizador consume una serie de determinaciones (ver Tabla 1. Beckman Coulter hsTnI: 20 determinaciones frente a Roche Diagnostics hsTnT: 4 determinaciones), más la validación de la calibración con dos niveles de control para ambas técnicas.

Tabla 3. Coste real de cada determinación en ambas plataformas.

	hsTnI	hsTnT
Test	9,07 €	4,98 €

**B) ESTUDIO COMPARATIVO DOS ENSAYOS PARA EL ANÁLISIS DE TROPONINAS ULTRASENSIBLES EN NUESTRA POBLACIÓN**

Se realiza la comparación de ambas troponinas ultrasensibles en nuestra población. Se registra la fecha de petición, sexo, edad, presencia/ausencia hemólisis, niveles de TnI, hsTnT y hsTnT y creatinina, junto con el diagnóstico clínico.

Se incluyen 157 pacientes (57% Hombres; 43% Mujeres), con una mediana de edad de 71,5 años (12-95). Un 20% presenta niveles de creatinina superior al intervalo de referencia, no se detecta interferencia a la hora de interpretar los resultados.

Un 3% de las muestras están hemolizadas, presentando la misma dirección en ambas (aumento en ambas o disminución en ambas). La hsTnT puede infravalorar los resultados en muestras hemolizadas. Los resultados en ambas técnicas son concordantes y similares, no obstante no es factible realizar regresión lineal dado que se trata de dos isoformas diferentes.

Clinicamente agrupamos los diagnósticos como presencia o ausencia de Isquemia Cardíaca (angina de reposo, SCASEST, SCACEST, dolor torácico con factores de riesgo, cardiopatía isquémica, Tako-Subo). Se observan elevaciones de troponina ultrasensible en las siguientes patologías o cuadros clínicos: bloqueo aurículoventricular, bradiarritmia, síncope, complicaciones trastorno cardíaco, ciertos dolores torácicos inespecíficos, edema de pulmón, fibrilación auricular, insuficiencia respiratoria, palpitaciones (bajo porcentaje de las tres últimas). No se observan elevaciones de troponina ultrasensible en ansiedad, apendicitis, bronquitis, dolor neuromuscular, EPOC, viriasis, faringitis, gastritis, insuficiencia respiratoria, neoplasia, palpitaciones, peritonitis, rectorragia.

Los datos de sensibilidad, especificidad, falsos positivos y falsos negativos en nuestra población son los que aparecen en la tabla 4:

Tabla 4. Estudio de sensibilidad (S), especificidad (E), Falsos positivos (FP) y Falsos negativos (FN) en ambas plataformas.

	S (%)	E (%)	FP (%)	FN (%)
hsTnI	89	66	29	2
hsTnT (Roche)	100	59	36	0

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

##### C) DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y ELABORACIÓN DE UN PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

Tras realizar la comparación atendiendo a los criterios planteados, se estableció que la troponina ultrasensible que mejor se adaptaba a nuestro laboratorio es la troponina T de Roche Diagnostics (hsTnT).

Previamente, el Servicio de Análisis Clínicos organizó una sesión sobre la utilidad de las troponinas ultrasensibles en el diagnóstico del Síndrome Coronario Agudo. La sesión la impartió el Dr. Aitor Alquézar-Arbé, médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, experto en el tema e investigador activo en la elaboración de los algoritmos planteados por las Sociedades Europeas y Españolas de Cardiología. Así mismo, el Dr. Antonio Martínez Oviedo, Jefe del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, además de realizar una sesión clínica sobre el manejo de las troponinas ultrasensibles, elaboró un tríptico en el que recoge la información más relevante del "Dolor torácico en urgencias" en la práctica clínica. En nuestro centro, empezamos a trabajar con la troponina ultrasensibles el 05 de Junio del 2018. Unos días antes, la Dra. Adela Valero, Jefa del Servicio de Análisis Clínicos, distribuyó una nota recordatoria sobre el cambio de técnica y los detalles a interiorizar.

##### D) EVALUACIÓN DEL PROCESO

Se evalúa el proceso a través de la siguiente pregunta e indicadores.

###### a) ¿Existe la CKMB en la cartera urgente?

Esta disponible únicamente para los casos excepcionales en los que se quiera valorar un posible reinfarto, no para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con sospecha o confirmación de SCA/IM.

###### b) Indicador del proceso:

###### b1) Ratio Determinación CKMB/Troponina:

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):

Determinaciones CKMB (726)/ Determinaciones troponina I Convencional (987): 73,6 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):

Determinaciones CKMB (25)/ Determinaciones troponina T ultrasensible (1.152): 2,2 %

Este ratio nos da una idea del número de determinaciones realizadas donde se han informado dos biomarcadores.

###### b2) Peticiones (solicitudes) urgentes que contengan algún marcador de daño cardíaco CKMB versus peticiones urgentes que contengan sólo troponina

Antes de la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Enero- Mayo 2018):

Solicitudes de Troponina I convencional (sin CKMB) (268)/ Solicitudes totales de troponina (981): 27,3 %

Desde la implantación de la técnica y el nuevo protocolo (Junio-Noviembre 2018):

Solicitudes de Troponina T ultrasensible (sin CKMB) (997)/ Solicitudes troponina T ultrasensible (1.034): 96,4 %.

Las peticiones que tienen sólo troponina como marcador deberían ser la gran mayoría. Cuanto mayor sea el porcentaje, mayor es el grado de cumplimiento del requerimiento.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El perfil cardíaco empleado en nuestro centro, basado en la determinación de troponina, está adaptado a las Recomendaciones y la evidencia científica actual. Por lo que es fundamental que los profesionales clínicos y del laboratorio actualicen constantemente sus conocimientos.

2. La adaptación a las recomendaciones se realizó a través de la comunicación. Adicionalmente desde el Laboratorio de Urgencias, se anularon las determinaciones de Creatinin kinasa (CK), su isoforma MB (CKMB), la mioglobina y lactato deshidrogenas (LDH) que se solicitan bajo dicha sospecha, analizando la troponina ultrasensible. Las troponinas cardíacas constituyen el biomarcador de elección, especialmente las técnicas ultrasensibles.

3. Se considera necesario que antes de la implantación de una nueva técnica diagnóstica se realicen estudio en los que se valoren aspectos técnicos, clínicos y económicos.

4. La determinación de la técnica ultrasensible nos resulta más económica (4,98€) que la troponina convencional que se estaba empleando hasta la fecha (9,07 €).

5. Para la correcta interpretación de la técnica es necesario valorar la cinética de evolución de la troponina dentro del contexto clínico.

6. Según la técnica de troponina utilizada puede ser necesario estandarizar los resultados por sexo, en el caso de la hs-TnT empleada no es necesario.

7. La troponina no se puede interpretar en muestras hemolizadas ya que infravalora el resultado (Falso negativo). Se solicita una nueva extracción desde el laboratorio de urgencias.

8. La evaluación del proceso a través de los indicadores utilizados nos informan que desde la implantación del nuevo protocolo de actuación basado únicamente en el empleo de la troponina ultrasensible se ha conseguido un mayor grado de cumplimiento, siendo prácticamente del 100 %.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

7. OBSERVACIONES.  
Se considera necesario seguir evaluando de forma prospectiva la demanda y el coste de los biomarcadores cardíacos en los próximos años, para ir detectando posibles áreas de mejora. Es fundamental la actualización de los conocimientos.  
La introducción de estas técnicas aumenta la capacidad para el diagnóstico del SCA; sin embargo, se observan niveles elevados de troponinas en otras situaciones fisiopatológicas cardíacas y no cardíacas que se deben tener en cuenta y de ahí la gran importancia de interpretar los resultados dentro de la situación clínica de cada paciente.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/60 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0060

Título  
ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

Autores:  
FERNANDEZ LANDAZURI SARA, VALERO ADAN SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, SANLEHI VILA NURIA, MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, MONTON DITO JOSE MARIA, JURADO GOMEZ FELICIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En el 2012, se publicó la última actualización sobre el Infarto de Miocardio (IM), definiendo dicha patología como la "Detección de un aumento y/o descenso de los valores de los biomarcadores cardíacos [preferiblemente troponina cardíaca] con al menos uno de los valores por encima del percentil 99 del límite de referencia superior y al menos una de las siguientes características:

1. Síntomas de isquemia
2. Cambio significativo en el segmento ST-onda T nuevos o presumiblemente nuevos o bloqueo de rama izquierda
3. Desarrollo de ondas Q patológicas en el ECG
4. Evidencia por imagen de pérdida de miocardio viable o anomalías regionales en la motilidad de la pared de nueva aparición
5. Identificación de un trombo intracoronario mediante angiografía o autopsia

Esta actualización otorga un papel clave a la determinación de troponina. El año pasado se solicitó un proyecto de mejora para valorar la utilidad de nuestro algoritmo para esta patología. Las conclusiones de nuestro proyecto fueron las siguientes:

1. El perfil cardíaco empleado, basado en la determinación de troponina, mioglobina, CKMB, LDH y CK está obsoleto y es necesario adaptarlo a las recomendaciones actuales.
2. Las troponinas cardíacas son el biomarcador de referencia para el diagnóstico de Síndrome Coronario Agudo (SCA). La troponina que empleamos actualmente, forma parte de las troponinas convencionales (Troponina I Beckman Coulter), alcanzando el 89,5% de Sensibilidad, 80,3% de Especificidad, Valor predictivo positivo (VPP) 88% y negativo (VPN) del 83%. La prevalencia de SCA en nuestra población es de 6,17 %. No obstante, es interesante la implantación de las troponinas ultrasensibles con el fin de mejorar la sensibilidad. El resto de biomarcadores no superan el 70% de sensibilidad.
3. El coste total del perfil cardíaco empleado es de 73.434,19 €. Adaptando nuestro algoritmo clínico a las recomendaciones ahorraríamos un coste 50.000 €.

Nuestra propuesta, a vista de nuestras conclusiones es valorar la implantación de las troponinas ultrasensibles.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0060

### 1. TÍTULO

#### ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TROPONINAS ULTRASENSIBLES DISPONIBLES E IMPLANTACION DE LA TROPONINA ULTRASENSIBLE PARA EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME CORONARIO AGUDO EN NUESTRO CENTRO

##### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de nuestro estudio es elaborar de una forma multidisciplinar un nuevo algoritmo más efectivo para el diagnóstico de SCA/IM en ingresado o aquellos que acudan a los servicios de urgencias con sospecha de desarrollar dicha patología. Los objetivos secundarios son:

- Estudio comparativo de la troponina convencional empleada con dos troponinas ultrasensibles (Troponina T de Roche Diagnostics & Troponina I de Beckman Coulter).
- Implantar la troponina seleccionada en nuestro centro y elaborar un procedimiento de actuación con los servicios implicados basado en la evidencia científica.

##### MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

##### 1. Estudio comparativo de la troponina convencional y las troponinas ultrasensibles:

Comparar troponina ultrasensible para determinar en la plataforma del Access2 (Beckman) y cobas e411 (Roche). Se dispone de ambas plataformas en el laboratorio de urgencias. Seleccionar la troponina que mejor se adapte a las condiciones del servicio.

##### 2. Implantación de la troponina y elaboración de un protocolo:

Una vez seleccionada la troponina con la que vamos a trabajar, se organizarán unas reuniones con facultativos clínicos responsables del diagnóstico y evolución de esta patología para elaborar un algoritmo.

##### INDICADORES

Planteamos realizar un análisis de coste efectividad de las troponinas estudiadas y un estudio que permita escoger la troponina que mejor se adapte a las condiciones de nuestro laboratorio de urgencia.

Una vez elaborado el protocolo, se evaluará el grado de adherencia al mismo.

##### DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es un 10-12 meses.

Febrero- Marzo 2018: Estudio comparativo de las troponina disponibles.

Abril- Junio 2018: Estudio de los algoritmos disponibles, reunión multidisciplinar con los Facultativos clínicos y del laboratorio.

Julio 2018- Noviembre 2018: Evaluación del algoritmo, detección de posibles fuentes de error y estrategias de mejora, e introducir adaptaciones al planteado inicialmente.

Diciembre 2018: Elaboración de la memoria.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO MENDEZ ARREDONDO  
• Profesión ..... QUIMICO/A  
• Centro ..... H OBISPO POLANCO  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS  
• Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES  
FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
FERNANDEZ LANDAZURI SARA  
MORATA HERNANDEZ LUCIA  
ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA  
MUÑOZ DOMINGO ARANTXA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para estimar la extensión del error preanalítico que supone la incompleta recolección de la orina de 24 horas y el coste para solucionarlo, en una gran proporción, se realizaron las siguientes actividades:

- Se formuló la siguiente hipótesis de trabajo: "En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de dicha orina causada porque los pacientes dejan de recogerla o la desechan cuando se llena el bote".
- Se determinaron todas las frecuencias porcentuales de las diuresis de orina de 24 horas entre los años 2013 y 2017 recogidas en todo el Sector Teruel y mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se estimó el error preanalítico de recogida incompleta.
- Se recogieron datos sobre la gran variedad de tipos de botes de recogida de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio (volumen, eficacia en evitar derrames durante el transporte y frecuencia de llegada al laboratorio).

- Dada la complejidad de la recogida de orina de 24 horas y la gran variedad de centros y servicios que nos envían dichas muestras. Con el fin de tener una base de comparación, de conocer el grado de cumplimiento de las recomendaciones sobre la recogida de dicha orina que nos ofrecen las guías de práctica clínica y de obtener sugerencias, de profesionales sanitarios ajenos al laboratorio, para la mejora de dicha recogida se elaboró una encuesta de calidad para el personal sanitario de primaria y de especializada sobre esta recogida. Asimismo, con fines análogos y con el fin de tener una idea del porcentaje de diferentes errores preanalíticos presentes durante la recolección de esta orina, se realizó una encuesta de calidad a los pacientes sobre dicha recogida.

- En base al resultado obtenido en el punto anterior, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017.

- Con el fin de valorar la importancia de este error y reducirlo, se propuso implementar el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Para ello:

- ? En primer lugar, se reconoció que un porcentaje importante de pacientes no traían al laboratorio el volumen total de orina miccionado durante 24 horas.

- ? Posteriormente se procedió a definir este error, considerando cualquier frecuencia de diuresis mayor a la naturalmente esperada como un defecto.

- ? Durante la fase de medida, del modelo Seis Sigma, se estableció la existencia del total de defectos por millón de oportunidades.

- ? Tras analizar la situación se obtuvieron las conclusiones.

- ? Se propusieron, en orden de importancia, las siguientes mejoras:

- I. La sustitución de los actuales botes de recogida de orina de 24 horas por otros que posean una capacidad de 3 L.

- II. La entrega al paciente de instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender.

- III. La formación del personal sanitario encargado de explicar a los pacientes las instrucciones de recogida de dicha orina.

- ? Se monitorizó el error de recogida incompleta después de implementar las mejoras en determinados servicios/centros.

Por otro lado, cumplimos con nuestro calendario marcado pero debido a la continua obtención de datos, decidimos recoger estos datos y analizarlos durante toda la duración del proyecto.

Para realizar este proyecto se utilizaron los recursos informáticos del laboratorio (S.I.L., excell, word).

Además, obtuvimos la total colaboración del personal del laboratorio y del personal sanitario de especializada (en especial la del servicio de Nefrología).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En base a que a nuestro laboratorio llegan muchas más muestras de orinas de 24 horas con una diuresis de 2 L de lo que cabría esperar, formulemos la siguiente hipótesis de trabajo: "En nuestro laboratorio tenemos un error preanalítico, que se manifiesta en las frecuencias de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas, y es debido a una recogida incompleta de la orina de 24 horas causada porque los pacientes dejan de recoger orina o la desechan cuando se llena el bote de 2 L."

Para demostrar esta hipótesis se calculó la distribución de frecuencias de volúmenes de orinas recogidas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

durante 24 horas en el Sector Teruel entre los años 2013 y 2017 y se vio que estas son similares a lo largo de los años. En todos estos años, mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados, se observa que las frecuencias de 2 y 4 L son unas 5 veces mayor de lo esperado. Esto equivale al 12,2 y al 0,7% de todas las muestras recogidas respectivamente. Es decir, teniendo en cuenta únicamente este error de recogida incompleta, aproximadamente el 13% de los resultados de los análisis de las orinas de 24 horas de nuestro laboratorio son erróneos.

Además, observemos que el 91% de los botes de orina de 24 horas que llegan a nuestro laboratorio son de 2 L (hay varios modelos de estos botes, por ejemplo uno de ellos tiene 2 tapas y si no se cierra con las 2 tapas ya sea por olvido o porque se tiro la tapa, entonces la orina se derrama), el 8,7% de los botes son de 1,5 L y el 0,3% son de 3 L. Asimismo, el 5,8% de las muestras de orina de 24 horas nos llegan derramadas, bien porque el bote está mal cerrado o porque el paciente no cerro el bote con las 2 tapas en el caso de que el bote tenga 2 tapas.

La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de consultas externas mostró que:

1. El 100% de los encuestados respondió que al paciente se le explica verbalmente como recoger esta orina.
2. El 45% respondió que la persona que explica como recoger dicha orina es un médico, el 9% que es un enfermero y el resto contestó que es un médico, o un enfermero, o un auxiliar de enfermería.
3. El 82% respondió que al paciente no se le entregan instrucciones escritas de recogida.
4. El 55% de los encuestados valora no solicitar el análisis de orina de 24 horas en casos previsibles de recogida incompleta de dicha muestra. (El 9% de los encuestados solicitan el aclaramiento de creatinina y otro 9% el cociente albumina/creatinina).
5. El 83% de los encuestados que contestaron afirmativamente a la pregunta anterior, afirman solicitar una prueba alternativa en caso de existir dicha prueba.
6. El 82% respondió que al paciente no se le entrega un bote de recogida.
7. Las sugerencias de mejora que nos hicieron llegar los encuestados son:
  - Instrucciones escritas facilitadas por el personal del laboratorio al entregar el bote de recogida (en el caso que el paciente este en hospital).
  - Entregar recipientes para recogida de muestras en citaciones, como se hace en el H. Miguel Servet, H Clínico, Lozano Blesa y centros de especialidades de esos hospitales.

Desafortunadamente, la encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre el personal de atención primaria no obtuvo ninguna respuesta.

La encuesta, sobre la recolección de orina de 24 horas, entre los pacientes (procedentes en su mayoría de especializada) que entregaron dicha orina en el laboratorio mostró que:

1. El 19% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) era la primera vez que recogían orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 67%.
2. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) respondió que le explicaron como recoger la orina de 24 horas. Mientras que los de primaria, el 100%.
3. El 38% de los encuestados procedentes de especializada (20%, de nefrología) respondió que le entregaron instrucciones escritas de recogida. Mientras que los de primaria, el 67%.
4. El 86% de los encuestados procedentes de especializada (73%, de nefrología) afirma que comprendió totalmente las instrucciones de recogida. Mientras que de primaria, el 67%.
5. El 92% de los encuestados procedentes de especializada (80%, de nefrología) afirma que siguió las recomendaciones de recogida. Mientras que los de primaria, el 100%.
6. El 89% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) afirma que recogió toda la orina. Mientras que los de primaria, el 83%.
7. El 43% de los encuestados procedentes de especializada (33%, de nefrología) necesito más de un bote de orina. Mientras que los de primaria, el 17%.
8. El 95% de los encuestados procedentes de especializada (93%, de nefrología) trajo todos los botes. Mientras que los de primaria, el 83%.
9. El 73% de los encuestados procedentes de especializada (60%, de nefrología) no guardo el bote en la nevera durante la recogida. Mientras que los de primaria, el 50%.

Se calculo el tamaño muestral necesario para que nuestro estudio sea adecuado para una proporción próxima al 12%, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, obteniéndose que se requieren al menos 163 muestras de orinas de 24 horas.

Una vez demostrada la hipótesis de trabajo y con el objeto de conocer la extensión del error de recogida incompleta entre los diferentes centros de salud y servicios de nuestro hospital, se determinó, para cada centro de salud y para cada servicio de nuestro hospital (dividiendo los servicios en consultas y planta) la frecuencia porcentual de las diuresis 2 y 4 L de la orina de 24 horas recibidas en nuestro laboratorio entre los años 2013 y 2017. Se vio que en primaria este error es del 11,7% (2,7 sigmas) y que en la mayoría de los centros de atención primaria este error es similar a la media (13%). Destaca el centro de salud de Monreal con un error del 7% y en el lado opuesto los centros de salud de Mora y Sarrión con errores del 15 y 14% respectivamente. Por otro lado, se vio que en consultas externas este error es del 15,4 % (2,6 sigmas) y que en la mayoría de las consultas externas es similar a la media (13%). Destaca Medicina Interna con un error del 7% y en el lado opuesto Reumatología con un error del 16%. En cuanto a las plantas de nuestro hospital, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, se vio que este error fue aproximadamente del 4%. Destaca la U.C.I. en la que no se observó dicho error. Al comparar los porcentajes de error de primaria con los de consultas externas se vieron diferencias significativas con un nivel de confianza del 95%. Para tener una mejor idea de la extensión del error, se determino que porcentaje de las orinas de 24 horas recibidas entre los años 2013 y 2017 procedía de cada centro y servicio. Obteniéndose que el 37% de las orinas de 24 horas procedían de primaria (el 6'5 y 5'8% procedían de los centros de salud Teruel ensanche y centro respectivamente, el 3'6, 3'5, 3'2, y 3'0% procedían de Calamocha, Monreal, Alfambra y Utrillas respectivamente, el 1'6, 1'5, 1'5, 1'3, 1'3, 1'2 y 1,0% procedían de Santa Eulalia, Baguena, Cella, Mora,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Sarrión, Aliaga y Albarracín respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Ademuz, Cantavieja, Cedrillas, Mosqueruela, Villedel y Checa). Por otro lado, el 35,6% de las orinas de 24 horas procedían de Nefrología, el 13,5% de Endocrinología, el 3,3% de Medicina Interna, el 2,4% y el 2,2% de Reumatología y de la U.C.I. respectivamente, el 1,4, 1,1 y 1,0% de Digestivo, de otros centros y de Hematología respectivamente y en un porcentaje menor del 1% procedían de Cardiología, Cirugía, Ginecología, Hospital Miguel Servet, Hospital provincial Teruel, Pediatría y Urología. Por tanto, debido al elevado peso de Nefrología, los resultados obtenidos del servicio de Nefrología sesgarán las medias hacia dicho servicio.

Una vez detectada, cuantificada y conocida la extensión del error de recogida incompleta, para conocer de forma objetiva la importancia de este error y posteriormente reducirlo se implementó el modelo Seis Sigma como metodología de mejora. Como resultado, se obtuvo que el rendimiento del procedimiento de recogida de la orina de 24 horas, en el área sanitaria de Teruel entre los años 2013 y 2017 fue inaceptable (de 2,6 en una escala de 6 sigmas). Es importante tener en cuenta que una sigma de 3 representa el mínimo de calidad aceptable para todo proceso general y que un valor sigma de 6 constituye el nivel óptimo al que todo procedimiento debe aspirar. Con el objeto de conocer el rendimiento del procedimiento de recogida, en los diferentes centros de salud y servicios de nuestro área, se calculó el nivel de calidad sigma de dicho proceso en cada centro y servicio. Los resultados obtenidos muestran que en todos los centros de salud el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en los centros de salud de Monreal y Calamocha en los que el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,0 sigma respectivamente). Así mismo, los resultados obtenidos muestran que en todas las consultas externas el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas), excepto en Medicina Interna en el que fue mínimamente aceptable (3,0 sigmas). Por otro lado, dichos resultados también muestran que en la U.C.I. el rendimiento del procedimiento de recogida fue óptimo (no se observó ningún error). Además, en las plantas de Medicina Interna y Nefrología el rendimiento fue mínimamente aceptable (3,1 y 3,2 sigmas respectivamente) y llama la atención que en las plantas, que nos envían suficiente número de muestras como para obtener resultados estadísticamente significativos, el rendimiento fue mínimamente aceptable y no inaceptable como en la mayoría de los centros de salud y de consultas externas.

Mediante extrapolación por el método de mínimos cuadrados se deduce que la utilización de un bote de orina de 3 L reduciría el error de recogida incompleta desde el 12,7% hasta el 2%. Lo cual es lógico ya que el número de pacientes que orinan una diuresis mayor que 3 L es unas 5-6 veces menor que el de los que orinan más de 2.

Una vez analizado el problema y obtenidas las conclusiones se llevaron a cabo las siguientes mejoras:

- **BOTES ADECUADOS:** Se solicitó a compras, contenedores de plástico de 3 L, de boca ancha y opacos. (Estamos pendientes de la aceptación por compras).

- **INSTRUCCIONES ESCRITAS:** Con el fin de acompañar las instrucciones orales, se enviaron a todos los centros de salud instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes.

- **FORMACIÓN:** En colaboración con el servicio de Nefrología, hicimos unas instrucciones escritas de recogida de orina de 24 horas lo más cómodas posible (buscando la máxima colaboración de los pacientes) y con viñetas fáciles de entender para que se las entregaran a los pacientes de Nefrología. También resolvimos una única duda que tenían los nefrólogos en dicha recogida. Esto supone que a los pacientes de consultas externas de Nefrología se les facilita unas instrucciones escritas lo más fáciles de entender y cómodas posible, explicadas oralmente por un equipo de nefrólogos altamente motivados, que son conscientes de la problemática que conlleva la recogida de dicha orina y que conocen a la perfección las normas de recogida.

A pesar de no contar con los botes de 3 L debido a que los trámites necesarios requieren al menos un año, para continuar con la implementación del modelo Seis Sigma, se monitorizó el error de recogida incompleta en primaria y en el servicio de Nefrología ya que estas fueron las unidades elegidas para ver la eficacia de 2 de las mejoras. Obteniéndose los siguientes resultados:

- El porcentaje del error de recogida incompleta en las consultas externas de Nefrología paso del 15,5 al 12,2% (porcentajes estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida mejoró de 2,6 sigmas (inaceptable) a 2,7 sigmas (inaceptable).

- El porcentaje del error de recogida incompleta en primaria paso del 11,7 al 10,3% (no estadísticamente diferentes con un nivel de confianza del 95%). Con lo que el rendimiento del procedimiento de recogida paso de 2,7 sigmas (inaceptable) a 2,8 sigmas (inaceptable).

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una crítica que le hacemos al índice de calidad elegido (frecuencia de las diuresis) es que dicho índice no tiene en cuenta el uso de absorbentes, el derrame accidental o el olvido que puede causar que parte de la orina no se recoja. No obstante, la posibilidad de reducir un error tan grande (13%) justifica sobradamente el uso de dicho índice ante la ausencia de uno mejor.

Las principales conclusiones son:

- En todos los centros de salud, excepto en los de Monreal y Calamocha, y en todas las consultas externas, excepto en la de Medicina Interna, el rendimiento del procedimiento de recogida fue inaceptable (<3 sigmas). Lo cual indica que se deben tomar medidas para conseguir que en todas las unidades de nuestro Área se consiga un procedimiento de recogida al menos mínimamente aceptable (3 sigmas).

- En el conjunto de las plantas este error es del 6,5% (3,1 sigmas), en primaria del 11,7% (2,7 sigmas) y en consultas externas del 15,4% (2,6 sigmas). Lo cual lo atribuimos a que tanto en plantas como en primaria al paciente se le entregan los botes que el paciente dice necesitar y en consultas externas el paciente compra cualquier tipo de bote en farmacias. Y a que en plantas el paciente puede preguntar dudas en cualquier momento al personal sanitario y en los otros 2 casos solo en el momento de la explicación del médico (hay que tener en cuenta que la población de Teruel está envejecida y que la memoria se va perdiendo con la edad). También, a que según la encuesta, un mayor porcentaje de pacientes de primaria que de consultas externas recibe instrucciones escritas. Es decir, vemos que el entregar al paciente los botes que necesite (a pesar de no tener un volumen de 3 L) reduce el error. Y que cuanto mayor es la atención que presta el personal sanitario a la recogida, menor es el error. Y además, estas 2 medidas son aditivas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

- Se puede observar que en algunos centros de salud y servicios el error de recogida es significativamente menor que en otros debido probablemente a que el personal sanitario y/o los pacientes estén más implicados en la correcta recogida.
  - En la U.C.I. no existe el error de recogida incompleta debido a que prácticamente todos los pacientes están sondados, por lo que la orina se va recogiendo en bolsa o cajetín y después el personal sanitario lo trasvasa a un recipiente.
  - La formación junto con la entrega al paciente de instrucciones escritas lo más comprensibles y cómodas posibles, reducen significativamente el error de recogida incompleta, pero no lo suficiente como para asegurar una calidad mínima.
  - En base a los resultados obtenidos, es de preveer que los botes de 3 L reducirán el error drásticamente desde el 13% hasta el 2%, lo que supondría pasar de un rendimiento del procedimiento de recogida de 2,6 (inaceptable) a 3,6 sigmas (medio). Además, que el paciente reciba, en el laboratorio o en su centro de salud, unas instrucciones escritas sencillas con viñetas junto con el bote de recogida de 3 L y que tenga otra oportunidad de preguntar (o llamarnos por teléfono) sobre cualquier duda acerca de la recogida, probablemente supondrá un rendimiento de dicho procedimiento en torno a 4 sigmas (medio). Se han cumplido todos los objetivos excepto la obtención de botes de 3 L que está pendiente del servicio de compras.
- La implementación de un sistema de cribado con tira reactiva, en nuestra sección de orinas, ha supuesto que desde el inicio del año 2018 se ahorren 16.210 Euros/año, pudiéndose así destinar los limitados recursos a otros fines. Por otro lado, como se señala en la bibliografía, este tipo de cambio siempre resulta coste-efectivo.
- Teniendo en cuenta que en nuestro laboratorio se analizan 2226 orinas de 24 horas/año, el coste de los botes de 3 L y por tanto el coste de llevar a cabo este proyecto es de unos 2114 Euros/año. Lo cual supone un 13% de todo lo que estamos ahorrado en nuestra sección de orinas al implantar el sistema de cribado anteriormente mencionado, por lo que la sostenibilidad del proyecto es viable.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/267 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0267

Título  
REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

Autores:  
MENDEZ ARREDONDO JOSE ANTONIO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, FERNANDEZ ARREDONDO MARIA JOSEFA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, MORATA HERNANDEZ LUCIA, ALEGRE DEL CAMPO MARIA TERESA, MUÑOZ DOMINGO ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Diferentes enfermedades  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El laboratorio clínico participa en un alto porcentaje de decisiones clínicas e influye por tanto en la seguridad del paciente. Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan identificar errores para poder prevenir posibles daños a los mismos. Esto conlleva un ciclo de investigación que comprende una serie de características:  
1. Determinar la magnitud del daño y el número y tipos de eventos adversos que perjudican a los pacientes.  
2. Entender las causas fundamentales de esos daños ocasionados a los pacientes.  
3. Encontrar soluciones para conseguir que la atención sanitaria sea más segura.  
4. Evaluar el impacto de las soluciones en situaciones de la vida real.  
En la etapa preanalítica se producen entre el 75 y el 80% de los errores que ocurren en todo proceso analítico. Una fase preanalítica segura es condición indispensable para garantizar unos resultados de calidad. La evaluación y mejora de los procesos preanalíticos es una necesidad de primera línea, ya que una fase preanalítica segura, cuyo pilar es la toma de muestras, es indispensable para obtener unos resultados de

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0267

### 1. TÍTULO

#### REDUCCION DE ERRORES DURANTE LA FASE PREANALITICA DE LAS MUESTRAS DE ORINAS DE 24 HORAS

calidad. Según los resultados del estudio ENEAS, un 25-30% de los errores del laboratorio repercuten sobre el cuidado del paciente y un 6-10% causan efectos adversos, de los cuales el 75-84% podrían haberse prevenido. El uroanálisis es una parte integral de los tests del laboratorio. Su utilidad esta probada en el diagnóstico de enfermedades (enfermedades del riñón, del tracto urinario, del hígado, así como en desordenes metabólicos tales como la diabetes), en la monitorización de la efectividad del tratamiento de problemas crónicos, y en el cribado de condiciones asintomáticas. La recolección, transporte y almacenaje de la muestra de orina son tan importantes como el uroanálisis. Por tanto, muestras adecuadamente obtenidas y manejadas mejoran la calidad y la fiabilidad de los resultados del uroanálisis. En el caso de muestras de orina de 24 horas, se requiere la recogida completa de la orina durante 24 horas debido a que muchos analitos presentan variaciones circadianas. Por tanto, la falta de recogida de una o varias fracciones de orina implica un error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente. La cantidad promedio de orina emitida por un individuo adulto sano es de aproximadamente 1 mL/Kg por hora, o aproximadamente 1,5 L en un periodo de 24 horas. Sin embargo, tanto en el laboratorio como en nefrología se ha detectado que el valor de diuresis 2 L es muchísimo más frecuente de lo que debiera ser. El origen de este error preanalítico podría estar relacionado con la gran variedad de botes de orinas de 24 horas que llegan al laboratorio sobre los cuales no existe ningún tipo de control por parte del mismo; no tenemos control ni sobre el volumen, ni sobre el material con el que están contruidos los botes que podría adsorber el analito...

#### RESULTADOS ESPERADOS

Evaluar la causa y extensión del error preanalítico reiterado que se detecta mediante una diuresis de 2 L anormalmente frecuente. Y asimismo, Realizar propuestas que eliminen o reduzcan drásticamente este error preanalítico que pudiera tener efectos adversos o repercutir sobre el cuidado del paciente. Y finalmente, aunque no menos importante, Tratar de implementar dichas propuestas.

#### MÉTODO

Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Entrenamiento del personal implicado.
2. Análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.
3. Análisis de la situación actual de nuestro sector.
4. Desarrollo de varias propuestas razonadas en base a los datos recogidos para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado.
5. De manera consensuada tratar de implementar la propuesta más eficaz.
6. Evaluación del proceso preanalítico implementado.

#### INDICADORES

El indicador es la diuresis. La evaluación de este proceso se realizará cuantificando la frecuencia de las diuresis de 2 L y comparando esta frecuencia con la frecuencia esperada y con la de años anteriores. Además, en función del tipo de proceso implementado se tendrán que utilizar o no adicionales métodos de evaluación.

#### DURACIÓN

La duración propuesta para la puesta en marcha del proyecto es de un año. Calendario previsto:

Febrero 18: Entrenamiento del personal implicado en el proceso de recogida de datos.  
Marzo - Junio 18: Recogida de datos y análisis estadístico de las muestras de orinas de 24 horas.  
Abril - Junio 18: Análisis de la situación actual a nivel de todo el Sector Sanitario Teruel.  
Julio - Diciembre 18: Desarrollo de propuestas para eliminar o minimizar el error estadístico estudiado e implementación de la propuesta más eficaz.  
Enero 19: Seguimiento y evaluación del proceso preanalítico implementado.

#### OBSERVACIONES

Además contamos con el apoyo de los nefrólogos de nuestro hospital.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE ANTONIO RUIZ DOÑATE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOLOS MARIN MARIA TERESA  
NAVARRO ANDRES MARIA LUZ  
CATALAN EDO MARIA PILAR  
SABORIT OLIVER RAMON  
NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA  
CASTILLO GUILLAMON MIGUEL  
MESADO ZAPATA SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto se propone en 2017, tras evidenciarse una serie de problemas en la gestión del paciente quirúrgico de nuestro centro, que hacían peligrar el adecuado tratamiento quirúrgico de la población de nuestro sector. Después de realizar una valoración inicial se identifican los siguientes déficits:

- Ausencia de criterios establecidos y consensuados por los servicios quirúrgicos, de inclusión en LEQ.
- Ausencia de procedimientos de decisión compartida.
- Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ.
- Suspensiones quirúrgicas, y falta de seguimiento en la conciliación de medicación crónica en el perioperatorio.
- Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (At.Primaria - At.Hospitalaria) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedcados y con tratamientos que alteran la hemostasia.

Como consecuencia de lo ya relatado, se plantea un programa de mejora de la gestión del paciente quirúrgico en nuestro medio, a desarrollar a lo largo de 2018. Se plantean una serie de objetivos, que se presumen necesarios para resolver los problemas enumerados. Estos objetivos son

- Existencia de criterios clínicos de inclusión quirúrgica consensuados con acuerdo grupal, en cada uno de los S. Quirúrgicos, y existencia de documento que los refleje presentado a Dirección Médica.
- Valoración de adecuación de indicación quirúrgica, y revisión de pacientes que estén en LEQ durante más de 150 días. Lleva parejo, la activación del procedimiento de tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).
- Realización de una adecuada preparación preanestésica. Insistir en la comprobación de la comprensión de instrucciones (PAI), y seguimiento en fase prehospitolaria y hospitalaria.
- Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase pre y postintervención (fase hospitalaria y fase extrahospitalaria), para la conciliación de medicación, y mejora del estado con el que el paciente se somete a la cirugía.

Para conseguir estos objetivos, sin duda íbamos a necesitar la implicación de los S. Quirúrgicos de nuestro centro, del S. de Anestesiología y Reanimación, del personal de quirófano, del S. de Admisión, de la Dirección Médica y de Enfermería, así como del personal de At. Primaria.

La forma de conseguirlo, y de mejorar la comunicación entre niveles, fue la de realizar una serie de reuniones especificadas por cada servicio, en las que participaba Admisión, el servicio quirúrgico y Dirección, para instar la definición de los criterios de inclusión quirúrgica para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ, así como la definición de acciones concretas para la revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (siguiendo la sistemática de configuración de los PAI qué, quién, dónde, cuándo y cómo).

Así mismo, se produjo una serie de reuniones entre la Dirección médica y de enfermería, personal de quirófano y personal de At. Primaria, para conseguir definir las acciones concretas del seguimiento y conciliación de medicación, así como la mejora en la optimización preoperatoria del paciente, que nos permita una reducción en el número de suspensiones quirúrgicas por debajo del 5 %.

Las reuniones mantenidas se produjeron en los 2 primeros trimestres de 2018, así como en el resto del año cuando se han requerido correcciones y/o han surgido incidencias.

Como resultado de todo el trabajo de definición, y de la puesta en común de objetivos y resolución de problemas, se han elaborado y colgado en la intranet del centro los documentos que recogen los criterios de inclusión quirúrgica. Así mismo, se ha elaborado los circuitos para la revisión de pacs. con más de 150 días en lista, se ha diseñado un modelo de carta para la citación de estos enfermos en la consulta de revisión que se les hace, y se han definido las opciones posibles una vez realizada ésta, para depurar la lista quirúrgica. Por otra parte, se ha diseñado el PAI que contempla la coordinación entre Primaria y Especializada, para conseguir una adecuada optimización preoperatoria del paciente, así como un protocolo de conciliación de medicación en perioperatorio.

La elaboración de documentos se ha llevado a cabo en los 2 últimos trimestres del año (aunque las medidas a

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

tomar ya se han llevado a la práctica, tras las reuniones mantenidas).

Finalmente, hemos procedido a la recogida de datos para valorar los indicadores que nos propusimos (durante el mes de enero de 2019).

Los recursos destinados para alcanzar los objetivos alcanzados son:

- Tiempo para gestionar y organizar, lo que conlleva no realizar actividad asistencial durante esos momentos.
- Rotación de enfermería de anestesia en la consulta de preanestesia, de forma que la enfermera ya esté especializada, y la coordinación con atención primaria sea más satisfactoria.
- Redistribución de los tiempos de consulta, y circuitos con Admisión.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores que propusimos para valorar los resultados del proyecto son:

A.- Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios. Se han presentado Criterios en 6 servicios de 6: Cirugía general, COT, ORL, Ginecología, Oftalmología y Urología. Los Documentos se han colgado en la intranet.

B.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio. Se ha realizado reunión con los 6 Servicios y 4 de ellos han realizado revisión de pacientes que superan 150 días en LEQ: Cirugía general, ORL y COT. Oftalmología ya tiene sistematizada una cita con el paciente pre-quirúrgica para medir lente y ahí depuran lista. Urología y Ginecología están pendientes de organizar consulta, pero en Ginecología no hay demora actualmente

C.- Documento que defina el proceso de atención de enfermería Primaria-Hospital, especialmente en pacientes polimedificados y en tratamientos que alteran la hemostasia.  
Documento de Proceso y Diagrama realizados por Dirección de Enfermería.

A continuación, se describen los pasos del proceso:

C.1.- El paciente consulta a su médico de atención primaria por un problema de salud. Este a través de la interconsulta virtual contacta con el FEA del Hospital Obispo Polanco y si se considera oportuno se programa para consulta presencial.

C.2.- Si el FEA del HOP considera que el paciente necesita tratamiento quirúrgico, le explicará el procedimiento, le entregará los papeles del preoperatorio y con el "formulario de inclusión en lista de espera quirúrgica", el paciente tiene que ir a admisión donde entregar la hoja amarilla, la rosa se queda en la historia del paciente y la blanca se la entrega el paciente.

C.3.- Una vez que el paciente entrega la hoja de inclusión en lista de espera en Admisión, el personal de este servicio valora si el paciente tiene prioridad normal o preferente.

C.3.1.- Si la prioridad es normal, se le indica que tiene que pedir cita en admisión de consultas externas para la consulta de anestesia y al menos una semana antes debe hacerse las pruebas complementarias requeridas; análisis (puede pedir cita en AP o acudir sin cita al hospital), radiografía (debe pedir cita en admisión de consultas externas) y ECG (5ª planta del HOP sin cita previa)

C.3.2.- Si la prioridad para la intervención quirúrgica es preferente, el personal del servicio de Admisión le dará directamente la cita para la consulta de anestesia y le indica cuando debería realizarse las pruebas complementarias, el lugar es igual que en el punto 3.1.

C.4.- El enfermero de la consulta quirúrgica rellenará la "hoja de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" en la que se recoge el centro de salud al que pertenece y si presenta alguna de las siguientes patologías: hipertensión, Diabetes Mellitus o está en tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes.

C.5.- Los viernes, todas las enfermeras de las consultas quirúrgicas llevarán las "hojas de registro de pacientes incluidos en lista quirúrgica" al despacho de la Supervisora de Consultas. La enfermera de la consulta de anestesia los recogerá, ordenará y separará por centro de salud. Posteriormente enviará la información al correo corporativo de cada centro de salud.

C.6.- El administrativo del centro de salud que reciba la información será el encargado de transmitirlo a cada enfermera de cupo del centro de salud. La enfermera sabrá que pacientes de su cupo han sido programados para intervención quirúrgica.

C.7.- La enfermera de atención primaria dentro de su consulta programada citará a los pacientes que han sido incluidos en lista quirúrgica para llevar a cabo actividades de: promoción de la salud, valoración de enfermería, y control de factores de riesgo que puedan afectar pre y post a la intervención quirúrgica, principalmente en lo relativo al tratamiento con medicamentos antiagregantes. De esta forma conseguirá que el paciente llegue en las mejores condiciones a la intervención quirúrgica, se evitarán suspensiones y se

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

conseguirá una rápida recuperación de su estado de salud.

Los datos clínicos y de enfermería se registrarán en OMI ASOCIADOS al episodio quirúrgico activo para que la enfermera de la consulta de anestesia pueda ver toda esta información el día que el paciente acuda a su consulta. El objetivo final de este proyecto que es el paciente llegue a la consulta de anestesia con las constantes vitales, glucemias o INR controlado, así como otros posibles factores como peso, hábito tabáquico... y de esta forma llegará en óptimas condiciones a la intervención quirúrgica.

C.8.- El paciente irá a la consulta de anestesia el día citado. Si cumple criterios establecidos de idoneidad la enfermera de la consulta avisará al Servicio de admisión para que lo pueda programar para intervención programada. En caso contrario, la enfermera de anestesia se pondrá en contacto con la enfermera de cupo de su centro de salud para que controle al paciente. Una vez que la enfermera del centro de salud considere que el paciente está bien controlado, contactará con la enfermera de la consulta de anestesia para que vuelva a citarlo en consulta.

C.9.- El Jefe de cada Servicio quirúrgico programa semanalmente el parte quirúrgico en admisión con todos aquellos pacientes que han pasado el visto bueno de la consulta de anestesia.

C.10.- El Servicio de Admisión del hospital será el encargo de contactar con el paciente para indicarle el día y la hora de la intervención quirúrgica, habitualmente con una semana de antelación.

C.11.- Aquellos pacientes que reciban la llamada del servicio de admisión para intervención quirúrgica y tengan dudas o problemas de salud pueden ponerse en contacto con su enfermera de cupo del centro de salud para consultas, indicándole la fecha de la intervención. De esta manera la enfermera puede trabajar con él llevando a cabo una intervención eficaz a lo largo de los días previos a la intervención.

C.12.- Si la enfermera del centro de salud considera que el paciente no tiene controlado el INR, TA... se pondrá en contacto con la enfermera de la consulta de anestesia para que ella hable con admisión y se pueda quitar a ese paciente del parte quirúrgico, aprovechando de esta manera el tiempo quirúrgico, ya que el servicio de admisión podrá llamar a otro paciente de la lista de espera quirúrgica. El contacto de consulta de enfermería de anestesia será a través de la extensión 534632 o el correo corporativo: anefe.hopl@salud.aragon.es

C.13.- Los pacientes en buenas condiciones de salud, acudirán al hospital Obispo Polanco el día y la hora programada para intervención quirúrgica.

D.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo inferior al 5% para cada servicio. Fuente: análisis de las hojas de suspensión quirúrgica.

- Urología: 36 suspensiones, menos 11 atribuibles a causas de paciente son 25 entre 611 intervenciones:  
 $25/611 \times 100 = 4\%$   
- COT: 40 intervenciones suspendidas menos 15 por causas atribuibles de 626 intervenciones,  $25/626 \times 100 = 3,9\%$   
- ORL: 16 intervenciones suspendidas menos 6 por causas del paciente de 21 intervenciones son  $10/213 \times 100 = 4,6\%$   
- OFT: 47 intervenciones suspendidas, menos 28 por causas atribuibles al paciente son 19 de 646 (490+156),  $19/646 \times 100 = 2,8\%$   
- Ginecología: 14 intervenciones suspendidas menos 8 por causas atribuibles al paciente son 6 de 233,  $6/233 \times 100 = 2,5\%$   
- Cirugía: 45 intervenciones suspendidas menos 19 por causas atribuibles al paciente de 913 intervenciones  $26/913 \times 100 =$  son 2,8 %

La totalidad de servicios ha cumplido el objetivo.

E.- Pacientes que superan los 150 días de espera. Objetivo reducción. (LEQ Estructural del Hospital, fuente Hiss)

Se ha reducido notablemente, hemos pasado de 243 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2017, a 141 pacientes en LEQ estructural de más de 180 días a 31 de diciembre de 2018. En contra hemos tenido la falta de especialistas de Anestesiología que ha mermado la actividad quirúrgica, de forma que realmente lo que ha contenido la lista de espera, es el control estricto para ajustar las entradas en LEQ que han realizado los servicios, ya que se ha reducido un 20% las entradas en LEQ en 2018 (de 5200 a 4200) respecto a las entradas de 2012.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que se trata de un proyecto alcanzable con pocos recursos, y que mejora la coordinación del personal en el cuidado de nuestros enfermos, dentro de una organización de equipo como es la sanitaria. A su vez, "No solo de la actividad asistencial vive el hombre", sino que la labor de organización y coordinación es fundamental para replantear objetivos y hacer una gestión sanitaria más enfocada a las expectativas que tiene el paciente sobre su atención sanitaria.

Por otra parte, es patente la buena disposición existente a la colaboración primaria-especializada, pero observamos que estamos faltos de herramientas informáticas que ayuden a ello.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Consideramos que nos queda pendiente, incidir más en la optimización preoperatoria del enfermo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/92 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0092

Título  
MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

Autores:  
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, TOLOS MARIN MARIA TERESA, NAVARRO ANDRES MARIA LUZ, CATALAN EDO MARIA PILAR, SABORIT OLIVER RAMON, NAVARRO RUEDA MARIA JOSEFA, MARTIN HERNANDEZ RAQUEL, MESADO ZAPATA SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PACIENTES QUIRÚRGICOS  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Básicamente centraríamos el proceso de mejora en las siguientes "recomendaciones clave":  
- Verificación de criterios de inclusión y establecimiento de Prioridad Clínica en concreto en cuanto a Cirugía Programada se refiere  
- Especial atención a la conciliación de medicamentos en pacientes crónicos, con especial atención a los fármacos que alteran la hemostasia  
Es especialmente relevante la "planificación del cambio". Es decir la meticulosa programación de las acciones a realizar para conseguir implementar las mejoras que nos hagan obtener buenos resultados. (El procedimiento seguido para el desarrollo de los componentes del PAI se basa en la definición de QUIÉN-DÓNDE-QUÉ-CÓMO y CUÁNDO)  
• Ausencia de criterios establecidos y consensuados por servicio de inclusión en LEQ.  
• Ausencia de procedimientos de decisión compartida  
• Ausencia de seguimiento de pacientes en LEQ  
• Suspensiones y falta de seguimientos de conciliación de medicación de pacientes crónicos  
• Ausencia de coordinación y seguimiento compartido (AP-AH) efectiva en la preparación de pacientes, especialmente crónicos polimedicados y con tratamientos que alteran la hemostasia

**RESULTADOS ESPERADOS**  
• Existencia de criterios clínicos de Servicio consensuado AG (con acuerdo de grupo) y existencia de documento presentado a Dirección  
• Valoración de adecuación de indicación y revisión de pacientes de >150 días en LEQ. La activación del procedimiento se tiempos de garantía y criterios de eficiencia quirúrgica. (baja de lista, renuncia expresa o inclusión en parte quirúrgico).  
• Adecuada preparación preanestésica. Comprobación de comprensión de instrucciones (PAI) seguimiento en fase prehospitalaria y en fase hospitalaria  
• Actuaciones de seguimiento-coordinación compartido (AP-AH) en fase postintervención fase hospitalaria y fase posthospitalaria

**MÉTODO**  
• Planificación de reuniones específicas por Servicio y conjuntas con Admisión, servicio quirúrgico y Dirección  
• Definición de criterios de Indicación quirúrgica por servicio para los procesos más prevalentes que supongan al menos el 50 % de LEQ  
• Definir acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones  
• Definir acciones concretas para revisión clínica de pacientes incluidos en LEQ con más de 150 días en LEQ (qué, quien, dónde, cuándo y cómo)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0092

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE ATENCION AL PACIENTE QUIRURGICO

- Definir acciones concretas de seguimiento y conciliación de medicación en pacientes crónicos coordinadas por enfermería AP y Hospital
- Estudio de las causas de suspensión de intervenciones, especialmente por falta de seguimiento en las indicaciones establecidas de preparación del paciente

#### INDICADORES

- 1.-Criterios de indicación de inclusión en LEQ explícitos por servicio quirúrgico, consensuados y en documento. Valor objetivo: existencia de documento por servicio disponible en la intranet. 100%. 6 de 6 servicios.
- 2.- Número de Reuniones por servicio implicado. Valor objetivo: Al menos una reunión formal entre Admisión y Servicio implicado con presencia de Dirección. 6 reuniones, 6 documentos tipo acta, 1 por servicio.
- 3.- Revisión y depuración por Servicio de los pacientes que superan 150 días en LEQ. Valor Objetivo. Al menos el 20 % son depurados por revisión clínica. Es decir, que al menos el 20% de los que superan tiempo serán valorados en una consulta por el jefe de servicio.
- 4.- Suspensiones de Intervenciones programadas. Valor objetivo. Inferior al 5% para cada servicio.
- 5.- Informe con análisis de las causas de suspensión. Valor Objetivo. Informe en noviembre de 2018.
- 6.- Actuación de la enfermería en preanestesia. Valor Objetivo: Documento que defina acciones de enfermería en la consulta en junio 2018.
- 7.- Seguridad clínica en preanestesia: presencia de documento que registra el PAI Primaria-Hospital de Enfermería (qué, quién, dónde cómo y cuándo) de actuaciones y acciones en paciente polimedicaados y en concreto con tratamientos que alteran la hemostasia. Valor Objetivo. Presencia de Documento en noviembre de 2018 y al menos dos reuniones con las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y Hospital del bloque quirúrgico y Documento en noviembre de 2018.

#### DURACIÓN

- Reuniones específicas: 1 trimestre de 2018 (6/6)
- Definición criterios específicos de indicación quirúrgica marzo-abril 2018
- Inicio revisiones pacientes en LEQ : abril 2018
- Acciones concretas por Servicio para adecuar indicaciones implantadas en : mayo 2018
- Documento con acciones de enfermería de Anestesia en consulta: junio 2017
- Reuniones Direcciones de Enfermería Primaria y Hospital, primer semestre y segundo semestre: definir acciones concretas de coordinación
- Acciones concretas de conciliación de medicación en crónicos y en tratamientos que alteran la hemostasia: Presencia de circuito de PAI del paciente quirúrgico y documento: marzo a noviembre 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

### 1. TÍTULO

#### MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... OLGA MARIA BUENO COSIO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD  
CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR  
CONESA MARIN VICENTE JOSE  
ESTEBAN CAMPOS ESTHER  
GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION  
HERRERO MIGUEL ANA MARIA  
NINA COLQUE NAYRA LUPE

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de las etiquetas para las jeringas, envases de medicación y vías de administración, con una serie de características de tamaño, color información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendado por SENSAR (Sistema Español de notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP - España ( Instituto para el uso Seguro de los Medicamentos).

Distribución de los carros de medicación de la misma forma en todos los quirófanos, URPA, carro de epidurales ...etc.

Cajas de etiquetado en todos los carros, URPA, paritorio... etc, donde se carga medicación, en el mismo orden y colores.

Cargar las medicaciones con la misma presentación de jeringas, igual volumen y las mismas concentraciones.

Utilizar la misma organización de jeringas con la medicación que se utiliza para una anestesia general, epidural, subdural, bloqueos ...etc.

Se ha realizado el cumplimiento de actividades dentro del calendario marcado, se han realizado las etiquetas y se han colocado en una caja para que estén ordenadas y sea fácil de cogerlas, etiquetado de los cajones de medicación; se ha realizado la difusión al personal implicado en el Servicio mediante reuniones por parte de enfermería y a los anestesiólogos, para poner en conocimiento el proyecto, su funcionamiento y las ventajas en seguridad que se consiguen con ello; se realizaron sendas reuniones en una sesión de los miércoles dentro del calendario marcado, enseñando el material que se había preparado para ello y realización del mismo. También se cambiaron impresiones y se quedó de acuerdo con los responsables de Urgencias y de Uci, para realizar todos los mismos tipos de dosificaciones y diluciones para seguir una pauta común y evitar confusiones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado " PROTOCOLO DE MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA", en la reunión informativa que se realizó, el personal asistente fue : FEA de Anestesiología 9/10, informando con posterioridad a los facultativos que no pudieron acudir, con un valor objetivo alcanzado del 90% pasando al 100%; en la realizada a Enfermería la asistencia fue de 13/15 informando con posterioridad igualmente a los que no asistieron, con un valor objetivo alcanzado del 86.6% pasando al 100%.

En cuanto al cumplimiento del etiquetado por el personal, se ha realizado según el protocolo en un 90%, siendo los motivos de la falta de cumplimiento principalmente: la urgencia, pasando a rotular la medicación para evitar error en la administración al considerarlo quién lo realizó más rápido y otro de los motivos fue rotular medicación que no tiene etiqueta, no utilizando la etiqueta en blanco para ello.

Se ha revisado el remanente de etiquetas en el almacén semanalmente no acusándose la falta de ellas.

La satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados ha sido muy buena, alcanzando el 92%, realizándose mediante encuesta a los implicados.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El etiquetado correcto de las medicaciones (jeringas, perfusiones y vías de administración);, utilizando siempre el mismo tipo de etiquetas, colores por grupos de fármacos y las mismas presentaciones, diluciones y concentraciones evita errores en las administraciones de medicación y por consiguiente los efectos adversos que pueden tener para el paciente y que pueden ir desde leves a graves, muy graves, incluso mortales; alterando los resultados de los actos médicos, pudiendo aumentar los días de hospitalización con las correspondientes consecuencias que ello conlleva tanto complicaciones en el paciente como mayor gasto sanitario.

Valoramos que este proyecto es sostenible, ya que el gasto que implica no es grande (realizar etiquetas) para el beneficio que supone y la posibilidad de replicación es diaria.

Consideramos que facilita el trabajo diario, ya que al tener todos los carros de medicación igual distribución, código de colores, presentación, diluciones y concentración, el elegir el fármaco que precisas se realiza de forma más rápida y segura.

Por todo ello consideramos muy recomendable la aplicación de este proyecto en la actividad diaria, ya que uno de los errores más frecuentes en el acto anestésico es la confusión de medicaciones.

Se recomienda; si a pesar de la aplicación del protocolo o en caso de no haber sido aplicado surgen errores, comunicarlo y realizar un parte de incidencias para analizar las causas y encontrar posibles soluciones.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408

### 1. TÍTULO

#### MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

##### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/408 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0408

Título  
MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA

Autores:  
BUENO COSIO OLGA MARIA, CAÑIZARES MOTA ELSIE CARIDAD, CIRUGEDA SALVADOR MARIA PILAR, CONESA MARIN VICENTE JOSE, ESTEBAN CAMPOS ESTHER, GUTIERREZ RUEDA ENCARNACION, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, NINA COLQUE NAYRA LUPE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: todo paciente quirúrgico  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Los errores relacionados con la administración de medicación constituyen un grave problema sanitario, con importantes repercusiones asistenciales y económicas. Numerosos estudios muestran altas tasas de error asociadas a la preparación y administración de medicamentos inyectables, no sólo en anestesia, también en diferentes ámbitos hospitalarios, principalmente por la falta de estandarización en el etiquetado y en la vía de administración. Se produce un error cada 133 procedimientos anestésicos, estimando que 1 de cada 20 errores es grave y 1 de cada 250 es mortal. Por ello la necesidad de utilización de estándares internacionales para una práctica segura de la anestesia y mejorar la calidad asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS  
Promover prácticas seguras mediante la identificación de medicamentos que se van a administrar y de la vía de administración.  
Estandarizar el etiquetado de jeringas y envases con medicamentos inyectables y las vías de administración, según códigos estandarizados de reconocimiento internacional.  
Reducir errores de administración de medicamentos inyectables y mejorar la seguridad de los pacientes.

MÉTODO  
Realización de etiquetas para las jeringas y envases con medicación y el etiquetado de las vías de administración; con unas características de tamaño, color, información que debe portar y colocación; según el sistema internacional de código de colores recomendados por SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación) y el ISMP-España (Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos).  
Adecuada difusión a todo el personal implicado mediante Sesiones de Formación en el propio Servicio y Aquellos donde pueda ser tratado el paciente pre o postoperatoriamente.  
Organizar y estandarizar el almacenamiento de los medicamentos en todos los quirófanos.  
Evitar utilizar más de una concentración, sobre todo en medicamentos de alto riesgo y estandarizar las concentraciones de las diluciones para que sean iguales en todas las áreas donde se trate al paciente pre o postoperatoriamente.  
Revisión de cumplimiento de etiquetado.

INDICADORES  
Realizar protocolo del etiquetado  
Número de asistentes a la formación/ total de integrantes FEA Anestesiología y Enfermería de Anestesiología, con valor objetivo a alcanzar del 85%.  
Revisión del cumplimiento del etiquetado por todo el personal y analizar los motivos de la falta de cumplimiento; porcentaje de cumplimentación de etiquetado y preparación de diluciones según protocolo.  
Revisión de remanente de etiquetas en almacén para evitar su falta y el incumplimiento del proyecto semanalmente.  
Satisfacción con el proyecto por parte de los sanitarios implicados, mayor del 80%.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0408**

**1. TÍTULO**

**MANEJO ESTANDARIZADO DE MEDICAMENTOS INYECTABLES QUE SE ADMINISTRAN EN ANESTESIA**

**DURACIÓN**

Protocolo de etiquetado, consenso de diluciones con los Servicios de Urgencias y UCI, homogenización en la distribución de medicación en los carros de anestesia; antes del 15 de octubre.  
Formación del personal; antes del 30 de octubre.  
Revisión del etiquetado y satisfacción con el proyecto; antes del 31 de diciembre.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... DORINDA SILVA GONZALEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GATO LEON MANUEL  
CALPE GIL MARIA JOSE  
NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO  
SANCHEZ INSA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
Se han valorado los pacientes con valvulopatía mitral severa orgánica y/o funcional, candidatos a tratamiento quirúrgico (reparación o recambio protésico) o percutáneo (implante de dispositivo MitraClip). Durante todos los meses de 2018 se ha realizado la valoración del paciente candidato, tanto clínicamente como ecocardiográficamente. A los pacientes seleccionados se les ha realizado ETE para mayor matización así como cateterismo previo a decisión por Heart Team. Se ha realizado con los pacientes seleccionados un análisis descriptivo con SPSS tanto de las variables demográficas como de los datos hemodinámicos y de los resultados clínicos/evolutivos. Se ha comunicado mediante artículo en Revista de Cardiología de Diciembre de 2018 los resultados respecto a los pacientes a los que se les ha implantado MitraClip. Por otra parte, se está elaborando material de difusión de los resultados de ambas técnicas (quirúrgica y percutánea) para nuestro área.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
La realización del ecocardiograma transtorácico y transesofágico en nuestra Unidad según el protocolo elaborado en la misma, ha permitido implementar la correcta derivación a una técnica u a otra según el perfil del paciente clínico y por datos de ecocardiograma. Se han cumplimentado los siguientes indicadores:  
- Número total de pacientes.  
- Característica poblacional.  
- Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.  
- Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.  
- Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral siendo sometidos a sustitución valvular.  
- Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.  
- Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.  
Fuente: datos clínicos obtenidos por historia clínica y ecocardiográficos por datos de ecocardiograma TT y TE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
El proyecto ha permitido una mejor selección de pacientes que ha favorecido a su vez una correcta decisión terapéutica por el Heart Team. Los datos hemodinámicos obtenidos en el ecocardiograma sirven tanto para el manejo médico inmediato en el caso de la IM funcional como en la decisión intervencionista final de su valvulopatía. La realización de las medidas de forma sistemática según el protocolo disminuyen la posibilidad de error en el diagnóstico de la severidad y etiología de la valvulopatía. El número final de pacientes candidatos a dichas técnicas no dan resultados estadísticamente significativos en el estudio, motivo por el cual se prorroga este plan de mejora asistencial a lo largo de 2019.

7. OBSERVACIONES.  
El proyecto inicial se modificó orientándose exclusivamente al estudio de pacientes con patología mitral y sus opciones terapéuticas: tratamiento médico, cirugía de recambio - reparación mitral o implante percutáneo de mitraclip.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/536 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0536

Título  
PROTOCOLO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO 2D Y 3D EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA MITRAL PREVIO A CIRUGIA REPARADORA Y EN PACIENTES CON ESTENOSIS AORTICA QUE SE LES VA A COLOCAR UNA TAVI

Autores:  
SILVA GONZALEZ DORINDA, GATO LEON MANUEL, CALPE GIL MARIA JOSE, NIJENSOHN BERCONSKY SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018

Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema circulatorio  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: Obtención de resultados según los indicadores descritos con objetivo de medir la actividad realizada por el Laboratorio de Ecocardiografía en la población seleccionada

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La anatomía cardiaca presenta estructuras geoméricamente complicadas y que se mueven en el espacio con mecanismos funcionales muy sofisticados. El estudio con técnicas de imagen en dos dimensiones resulta bastante limitado, puesto que las imágenes sectoriales en dos dimensiones (2D) convencionales exige que tengamos que hacer adquisiciones geométricas y dificulta la orientación y la interpretación espacial. La Ecocardiografía Transesofágica Tridimensional en tiempo real (ETE 3D) resuelve muchas de estas limitaciones y por tanto se está imponiendo como una de las técnicas de imagen más relevantes para obtención de imágenes anatómicas y su comprensión espacial.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Selección y estudio de pacientes con insuficiencia mitral para reparación quirúrgica a través de ETE 2D y 3D.
- Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D.

#### MÉTODO

6.1 Muchas son las ventajas de la reparación sobre la sustitución por una prótesis. La ausencia de necesidad de anticoagulación, la mayor durabilidad y la ausencia de incremento de la probabilidad de sufrir una endocarditis infecciosa protésica, hacen de esta técnica un procedimiento de elección en muchos pacientes. Establecer una adecuada indicación de reparación y determinar las probabilidades de éxito y aparición de complicaciones, es uno de los objetivos en el estudio ETE 2D y 3D de estas válvulas, previo a la cirugía. Este estudio se considera imprescindible ya que consigue evaluar las diferentes porciones del complejo valvular mitral, para de esta forma informar al cirujano acerca de las posibilidades de reparación y de la mejor técnica para solucionar el problema. Se necesita realizar un análisis sistemático y meticuloso a la hora de evaluar los diferentes componentes:

- Estudio exhaustivo del complejo valvular mitral.
- Dimensiones del anillo mitral.
- Cociente entre el anillo y la valva anterior.
- Existencia de calcio.
- La vista en "face en 3D" valora la válvula mitral sin tener que reconstruirla. Además la imagen en 3D ayuda a la selección del anillo que se va a implantar.
- Valoración de las variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral orgánica: Anillo dilatado mayor de 50 mm, calcificación severa mitral, jet de regurgitación central, prolapso de segmentos del velo anterior, prolapso de tres segmentos o más y escasez de tejido en las valvas.
- Valoración de variables que predicen el fracaso de la reparación de la insuficiencia mitral funcional: Acinesia ventricular, diámetro telediastólico del ventrículo izquierdo mayor de 65 mm, índice de esfericidad mayor de 0.7, distancia de coaptación mayor de 10 mm, área de tenting mayor de 2.5 cm<sup>2</sup>, ángulo posterolateral mayor de 45 grados y distancia interpapilar mayor de 20 mm.

6.2 Estudio de pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI) a través de ETE 2D y 3D. Con el desarrollo de las técnicas de implante percutáneo de prótesis aórtica (TAVI) la ETE 2D y 3D ha adquirido una mayor notoriedad. Independientemente del tipo de prótesis (Edwards Sapiens o CoreValve) la elección del tamaño de la prótesis es crucial para el resultado satisfactorio del implante. La ETE 2D y 3D deben evaluar el tamaño y la morfología del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) y de la unión ventriculoarterial o anillo aórtico. Las mediciones necesarias:

- Morfología y excentricidad del TSVI.
- Anillo de la válvula aórtica.
- Altura de los senos.
- Diámetro de la raíz de aorta y aorta ascendente.
- Medición del área valvular aórtica en 2D y 3D.
- Localización, extensión y severidad de calcificaciones.

#### INDICADORES

- 7.1 Pacientes seleccionados y estudiados con patología valvular mitral para reparación quirúrgica valvular:
- Número total de pacientes.
  - Característica poblacional.
  - Porcentaje de pacientes excluidos de cirugía.
  - Porcentaje de pacientes en que se realiza reparación quirúrgica mitral.
  - Porcentaje de pacientes excluidos de reparación quirúrgica mitral y sometidos a sustitución valvular.
  - Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
  - Valoración ecocardiográfica postprocedimiento.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0536**

**1. TÍTULO**

**PLAN DE MEJORA ASISTENCIAL INCLUIDO EN EL CONTRATO DE GESTION 2018**

- 7.2 Pacientes que van a ser sometidos a implante de prótesis aórtica percutánea (TAVI):
- Número total de pacientes.
  - Característica poblacional.
  - Valoración de parámetros ecocardiográficos previos al procedimiento.
  - Valoración postprocedimiento.

DURACIÓN  
Segundo semestre 2017 a primer semestre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRÚRGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CÁNCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA GONZALEZ PEREZ  
· Profesión ..... MÉDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN GARCIA CARMEN  
RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO  
OSET GARCIA MONICA  
ALEGRE SORIANO SARA  
ALVAREZ MORENO ROSA MARIA  
OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han realizado 2 reuniones con los integrantes del grupo de calidad para revisar bibliografía y establecer líneas de trabajo.
- Dado que la actualización de los protocolos de profilaxis antibiótica se solapa con la iniciativa PROA, la actualización de dichos protocolos se encuentra en proceso a nivel hospitalario.
- Se han realizado charlas y demostraciones sobre la correcta técnica de pincelado antiséptico (pincelado en ambos sentidos, no centrífugo) y de los antisépticos a utilizar, con uso de Clorhexidina en aumento y de manera gradual. Se han solicitado y probado aplicadores desechables y precargados monouso, pendientes de concesión.
- Actualización de los gráficos sobre rasurado hospitalario (a realizar por parte de peluquería), así como recomendaciones al paciente sobre rasurado e higiene previas a la cirugía.
- Con el fin de controlar la normotermia, se utilizan de manera sistemática los sistemas de calor externo (mantas térmicas de convención) en todos los procedimientos a estudio en este Proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Actualización de los protocolos previos, adaptando nuevos espacios para este proyecto de Calidad.
- Elaboración de lista de verificación de seguridad de enfermería en quirófano, donde se incluyen los ítems estándar de un check-list quirúrgico y los propios de este proyecto, como la administración de profilaxis AB, el tipo de antiséptico empleado, el tipo de rasurado realizado, así como un registro de cifras de glucemia preoperatoria, en aquellos pacientes diabéticos, quedando pendiente incluir los datos relativos a la normotermia y normoglucemia.
- Elaboración de check-list de preparación general preoperatoria en el paciente hospitalizado con comprobación de rasurado, según esquemas zonales, higiene practicada por el paciente (ducha con jabón de clorhexidina), cifras de glucemia al ingreso y prescripción antitrombótica y antibiótica profiláctica.
- Actualización de esquemas corporales para un correcto rasurado preoperatorio intrahospitalario.
- Se han realizado reuniones con los diferentes componentes del grupo de Calidad para organizar y realizar charlas informativas sobre las medidas adoptadas.
- Charla informativa con enfermería quirúrgica para explicar los cambios en el check-list y solucionar posibles dudas. Presentación de protocolos y sesión informativa con enfermería de planta para comentar actualizaciones y nuevos check-list preoperatorios. ( 2 sesiones por grupo de enfermería con alta tasa de asistencia de los profesionales implicados- 90% enfermería quirúrgica y 85% enfermería planta).
- Se han probado y solicitado aplicadores de Clorhexidina desechables, precargados y de un solo uso, pendientes de concesión. Queda pendiente revisar el material necesario por parte de Anestesia para alcanzar los objetivos de normotermia y normoglucemia.
- El objetivo pendiente es la implantación total de las medidas y su evaluación.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que se ha formado un grupo de trabajo competente, a pesar de los inconvenientes acaecidos a lo largo del proceso y que han ocasionado falta de progreso. Por este motivo es necesario mantener la continuidad del proyecto con la intención de cumplir con la totalidad de los objetivos y ofrecer con ello mejoras a los pacientes. Dada la participación del resto de personal implicado en estas mejoras, asumimos que obtendremos una adherencia progresiva a los protocolos y las listas de verificación, permitiendo extrapolar la iniciativa a otros procedimientos quirúrgicos.

#### 7. OBSERVACIONES.

Por motivos ajenos a este Proyecto de Calidad, se han producido modificaciones y retrasos en cuanto a la consecución de objetivos. Uno de los integrantes del Grupo causó baja por finalización de contrato laboral con el Salud, y otro componente mantuvo una baja laboral prolongada, situaciones que han contribuido al retraso en determinados aspectos, sobretodo en el área correspondiente a los procedimientos anestésicos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/563 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0563

Título  
IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

Autores:  
GONZALEZ PEREZ MARTA, GUILLEN GARCIA CARMEN, RUIZ DOÑATE JOSE ANTONIO, OSET GARCIA MONICA, HERRERO MIGUEL ANA MARIA, ALEGRE SORIANO SARA, OLIVAS IRANZO JOSE MANUEL, ALVAREZ MORENO ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología: Patología digestiva  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros  
Otro tipo Objetivos: Comunes de varias especialidades

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La ISQ es una complicación frecuente y recurrente que limita los potenciales beneficios de las intervenciones quirúrgicas.  
A nivel nacional, el estudio EPINE de 2016 estimó que el 7,92% de los pacientes hospitalizados presentaron alguna infección nosocomial, siendo las ISQ las más frecuentes con un 25,66% del total.  
En nuestro centro, la incidencia acumulada en el año 2017 de ISQ asociada a cirugía programada por cáncer colorrectal fue del 19,32 y del 0% para la colecistectomía.  
Su aparición se relaciona con mayor probabilidad de mortalidad, estancias más prolongadas y mayor probabilidad de reingreso sin olvidar un aumento de los costes sanitarios debido a las pruebas complementarias y el uso adicional de antibióticos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es establecer los pasos y medidas que consideramos necesarios para disminuir la incidencia de ISQ en los pacientes candidatos a estos procedimientos, por parte del Servicio de Cirugía General, mediante la instrucción del personal relacionado con el proceso, la creación de protocolos y listados de verificación (check-list) y la dotación de los recursos materiales necesarios. Los procedimientos que se incluyen en este proyecto son las cirugías programadas de cáncer colorrectal y colecistectomía.

#### MÉTODO

Las actividades dirigidas hacia la consecución de los objetivos son las siguientes:

- Puesta al día sobre las estrategias para la prevención de ISQ.
- Establecer las medidas preventivas sobre las que actuar:
  - o Adecuación de la profilaxis antibiótica.
  - o Realización de una correcta antisepsia y pincelado de la zona.
  - o Realización de un correcto rasurado.
  - o Mantenimiento de la normotermia.
  - o Mantenimiento de la normoglucemia.
- Elaborar un protocolo asistencial para cada una de las medidas.
- Elaborar los diferentes check-list adaptados.
- Realizar la formación y difusión necesaria al diferente personal implicado.
- Revisar la dotación de material necesaria.
- Iniciar la aplicación de las medidas en casos reales.

#### INDICADORES

- Número total de protocolos realizados o adecuados.
- Medición del grado de adherencia a los protocolos (protocolos registrados/total de intervenciones).
- Porcentaje de correcta cumplimentación de las listas de verificación (formularios correctos/total formularios).
- Número de sesiones y asistentes a las diferentes sesiones formativas (conseguir un mínimo de asistencia del 80% de los participantes).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0563

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION Y MEJORA DE LA APLICACION DE LAS MEDIDAS DE PREVENCION DE INFECCION DEL SITIO QUIRURGICO (ISQ) EN CIRUGIA PROGRAMADA POR CANCER COLORRECTAL Y COLECISTECTOMIA

- Encuesta de satisfacción, del personal implicado, sobre los resultados obtenidos.

#### DURACIÓN

El tiempo para la realización de este proyecto es de un año para la realización y comienzo de implantación de las medidas.

La adecuación de los protocolos se llevará a cabo durante el primer cuatrimestre, comenzando con su aplicación a partir de Septiembre-Octubre de 2018. El análisis del grado de adherencia se llevará a cabo al final del período anual, así como la medición del porcentaje de correcta cumplimentación.

Las sesiones formativas se llevarán a cabo por los integrantes del grupo de trabajo, tras la adecuación de los protocolos y previa a su implantación, siendo los destinatarios el personal implicado en cada uno de los estamentos.

Éstas irán dirigidas según el punto en el que actúe el personal destinatario, es decir, sesiones independientes para enfermería de planta, enfermería de quirófano, Servicio de Anestesia y Servicio de Cirugía, quedando registrada la asistencia a las mismas.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOCARRO ESCALENO PILAR  
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL  
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO  
FUENTES GONZALVO EVA  
ALONSO PEREZ PILAR  
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.-Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.

El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermatolerancia del hidroalcohol.

La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hidroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2)

2.-Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.

Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.

Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.

El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.

Se consideró como criterios de inclusión:

- o Disposición voluntaria de los participantes.
- o Manos libres de lesiones.
- o Uñas limpias y recortadas. ( Las uñas largas son difíciles de limpiar y aumentan el riesgo de rotura de guantes)
- o Ausencia de anillos, relojes y pulseras.13 (ya que dificultan el correcto lavado de manos, especialmente bajo los anillos, donde pueden acumularse gérmenes que actúen como reservorio)
- o Realizar el lavado con gorro y mascarilla quirúrgica.

Se asignó en el momento a cada participante el producto antiséptico a utilizar para el estudio, supervisando personalmente la correcta realización del lavado.

Se realizó el lavado estándar con:

- Un jabón antiséptico cuya composición era gluconato de clorhexidina al 4% (lavado quirúrgico estandarizado con cepillo durante un mínimo de cuatro minutos) El procedimiento desarrollado en el mismo fue el siguiente:13

- o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar el lavado quirúrgico de manos.
- o Colocarse correctamente el gorro y la mascarilla quirúrgica.
- o Humedecer las manos y antebrazos
- o Enjabonar manos y antebrazos desde los dedos hasta los codos con ayuda del cepillo, sin volver a las zonas ya limpias.

o Prestar especial atención a la desinfección de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

o Eliminar la suciedad existente debajo de las uñas, utilizando el cepillo de uñas debajo del agua corriente.

o Aclarar desde la punta de los dedos hasta llegar a los codos.

o Secar por contacto, sin frotar, con una compresa o toalla estéril comenzando por los dedos y siguiendo hasta los codos.

o Mantener en todo momento las manos por encima de los codos y separadas del atuendo quirúrgico.

o Antes de ponerse los guantes estériles, las manos y antebrazos deben estar completamente secos. 15

-Y mediante una solución hidroalcohólica (Sterillium cuya composición es: 2-propanolol 45 gramos + 1-propanol 30 gramos etilsulfato de metronidazol y emolientes) con la cantidad suficiente para que no se sequen las manos durante un tiempo mínimo de dos minutos. El protocolo que se siguió se describe a continuación:14

o Retirar anillos, relojes y pulseras antes de comenzar la antisepsia quirúrgica de manos.

o Colocarse correctamente la mascarilla y el gorro quirúrgico.

o Prestar especial atención a la limpieza de uñas, borde periungueal, dedos y pliegues interdigitales.

o Aplicar la cantidad de solución alcohólica, tantas veces como sea necesario (cada vez que las manos estén secas) hasta completar el tiempo de frotación recomendado por el fabricante.

o Fricción de las muñecas.

o Fricción de manos.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

- o No secar con toallas. Mantener las manos por encima de los codos hasta la total evaporación de la solución hidroalcohólica.
- o Se debe esperar a que las manos y antebrazos estén completamente secos antes de ponerse los guantes estériles
- o Duración: 1,5 - 3 minutos (según fabricante).15

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:

-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.  
-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.  
Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascorridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37°C durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).  
En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.  
Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spss y el nivel general de significación fue de  $p < 0,05$ .

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.

La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4 (DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.

Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.

En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. ( $p=1$ ). (Anexo 3).

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.

Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.16

Podemos encontrar autores como Burch et al17 que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.

Parianti JJ et al18, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.

No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.

Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al14 Kareem et al 19 Nijinsen et al 20 que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar.

Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:

- Ahorro de tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
- Prevenir el riesgo de recontaminación, pues se evita el enjuague de las manos.14
- Menor coste que los productos tradicionales9
- Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Por otra parte, pese al resultado obtenido del efecto residual de ambos métodos de lavado, hay autores como Cr Nicolay21 que destacan que la clorhexidina tiene una actividad residual superior a la del alcohol.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico. En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

Entre las principales limitaciones que pueden influir en el resultado del trabajo cabría destacar el reducido número de muestras que sirvió de base para la realización del mismo, ya que solamente se utilizaron 60 muestras cuando cabe suponer que para obtener unos resultados más concluyentes se requiere generalmente un tamaño muestral mucho más elevado.

Los motivos fundamentales de esta limitación están justificados por el hecho de evitar una sobrecarga de trabajo al equipo de microbiología (realizado desinteresadamente fuera de sus muchas obligaciones habituales), así como minimizar el coste económico que suponía la utilización masiva de las placas de Petri necesarias para su recogida. En cuanto a los sesgos en las conclusiones obtenidas podríamos enumerar los siguientes:

- ? Periodo muestral reducido (tres meses), por los mismos motivos señalados con anterioridad.
- ? Voluntariedad en la selección (no aleatorización).
- ? Análisis de resultados por una única persona.

Limitación del tiempo para la comprobación del efecto residual.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se evalúa la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabón antiséptico con cepillo)

- Se realizó un estudio prospectivo consecutivo entre los meses de Mayo y Junio de 2018 con la participación de trabajadores del área quirúrgica y personal del servicio de Microbiología del Hospital Obispo Polanco. Se procede a la recogida y análisis del número de unidades formadoras de colonias en los dedos de la mano derecha de todos participantes: antes, después y trascurridos 60 minutos desde el lavado. (Estudio detallado en actividades realizadas).

Gracias a este trabajo se puede concluir que no hay diferencia entre el lavado con solución hidroalcohólica y el jabón antiséptico con cepillo, en cuanto a la efectividad antimicrobiana y efecto residual en el lavado quirúrgico.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Gracias a este proyecto se ha comprobado científicamente, la no superioridad del lavado con cepillo y clorhexidina respecto a la solución hidroalcohólica. Por ello hemos conseguido concienciar al personal la posibilidad de lavado con solución hidroalcohólica sin disminuir la eficacia antimicrobiana del lavado antiséptico.

- El personal de quirófano (auxiliares, enfermeras y médicos) recibieron un programa de formación del uso del antiséptico hidroalcohol y la adecuación de soporte para su uso; cuya encuesta de satisfacción resultó útil y muy útil.

- Se colocaron dispensadores de solución hidroalcohólica y unos cronómetros con alarma.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/128 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0128

Título  
LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Autores:  
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
- 2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

#### OBJETIVOS OPERATIVOS:

- 1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
- 2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
- 3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

#### MÉTODO

En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.

Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:

- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.
- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.
- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.
- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.

#### ACTIVIDADES:

- Desarrollo de un programa de formación.
- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.
- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.

#### RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir el coste económico
- Ahorrar tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

#### INDICADORES

Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.

Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).

Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrgica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.

Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto. El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

#### DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso,

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128**

**1. TÍTULO**

**LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA**

se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestras comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA PILAR MUNIESA HERRERO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHOCARRO ESCALENO PILAR  
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL  
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO  
FUENTES GONZALVO EVA  
ALONSO PEREZ PILAR  
GONZALEZ HERRERO MARIA VICTORIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5.1.- Se realizó una reunión informativa a finales del mes de Febrero con los participantes en el plan de mejora, donde se realizó la distribución de tareas y se fomenó el trabajo multidisciplinar del proyecto.

5.2.- Desarrollo de un programa de formación: curso formativo del uso del antiséptico hicroalcohol y la adecuación de soporte para su uso.

El día 18-Abril-2018, se celebró de 8-9:30am en la sala de despertar de quirófano, un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann. En dicho curso se comentó la eficacia de los productos antisépticos vs jabones antisépticos, la técnica de aplicación antiséptica quirúrgica de manos y la dermatolerancia del hidroalcohol.

La empresa Hartmann facilitó unos dispensadores de solución hicroalcohólica y unos cronómetros con alarma tras un minuto y medio que se colocaron en los quirófanos con actividad Traumatológica (Nº1 y 4). Además se colocó un recordatorio con dibujos de la técnica, para facilitar su aprendizaje. (Anexo 2: material para desarrollar el proyecto)

Finalizado el curso formativo se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional asistente al curso, para poder participar en el proyecto.

5.3.- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.

Se lleva a cabo un estudio prospectivo consecutivo realizando lavado quirúrgico según dos técnicas válidas para la higienización de las manos previa a la práctica de una cirugía.

Se desarrolló en el quirófano 4 del Hospital Obispo Polanco de Teruel (dedicado especialmente al área de traumatología) entre los meses de Mayo y Junio de 2018.

El estudio se llevó a cabo con un total de 20 profesionales sanitarios del área quirúrgica, estando todos ellos adiestrados en los protocolos específicos de lavado de manos quirúrgico y eran profesionales con experiencia en quirófano.

Las variables recogidas en el estudio fueron las siguientes:

-Cuantitativas discretas: Unidades formadoras de colonias (UFC) pre lavado con alcohol, UFC pre lavado con clorhexidina.

-Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (positivo/negativo): UFC postlavado con alcohol, UFC post lavado con clorhexidina, UFC transcurridas 2 horas con guantes estériles con ambos antisépticos.

Previo al lavado se tomó muestra de los cinco dedos de la mano derecha en Placas de Petri que contenían como medio de cultivo agar sangre (contiene sangre de mamíferos al 5-10% usado para aislar microorganismos). Tras el lavado estandarizado se procedió a la toma de una segunda muestra en la misma localización antes de la colocación del guante estéril. Trascorridas dos horas con guantes estériles se tomó una nueva muestra en la misma localización. Posteriormente a su recogida, las muestras fueron incubadas a una temperatura de 37°C durante un periodo de 48 horas y seguidamente fueron siempre analizadas por el mismo profesional del servicio de microbiología (ciego a la intervención).

En cuanto a la estadística, se describió la muestra en porcentajes para variables cualitativas y para las cuantitativas se usó la media y desviación típica.

Desde el punto de vista cualitativo empleamos el test exacto de Fisher sobre la premisa cultivo positivo o negativo en ambas muestras. Para este análisis se empleó el programa estadístico spss y el nivel general de significación fue de  $p < 0,05$ .

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados del estudio de eficacia antimicrobiana:

Durante el periodo de estudio se tomaron 90 muestras en 20 profesionales participantes. De los veinte sujetos que participaron en el mismo, la mitad de ellos utilizaron un lavado con jabón de clorhexidina y el resto una solución hidroalcohólica, según el protocolo descrito en el material y métodos.

La media de UFC antes del lavado fue de 38,8 (DE=13,72) en el grupo de Clorhexidina y 24,4(DE=28,7) en el grupo del hidroalcohol.

Tras el lavado quirúrgico no se objetivó formación de UFC en las muestras obtenidas mediante lavado quirúrgico con base alcohólica, mientras que se observó una media de UFC de 1,06. En el 100% de la muestra no se obtuvieron resultados de contaminación.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

En la tercera muestra tras dos horas con guantes estériles observamos que el grupo de solución hidroalcohólica presentaba una media de UFC de 2,8 frente a 9,33 en el grupo de clorhexidina con cepillo. Esta diferencia sin embargo no fue significativa al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fisher. (p=1). (Anexo 2).

Diferencias no significativas al realizar la prueba de forma cualitativa mediante una prueba exacta de Fischer p=1

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar y las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos.

Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no está todavía implantada en la actualidad ni tenga una general aceptación.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

La dermatitis de contacto irritativa es una de las reacciones más habituales puesto que las condiciones laborales y el tiempo que transcurre entre cada agresión de la piel no permite la restauración completa de la barrera cutánea.<sup>16</sup>

Podemos encontrar autores como Burch et al<sup>17</sup> que llevaron a cabo una comprobación de la eficacia de una solución a base de alcohol con el lavado tradicional con clorhexidina 4% en un entorno quirúrgico previo a la implantación de un catéter venoso central. En este estudio concluyeron que el desinfectante para manos a base de alcohol no mostró ninguna diferencia en comparación con el exfoliante tradicional, aunque indicaron que el primer lavado del día debía realizarse siempre con un jabón antiséptico.

Parianti JJ et al<sup>18</sup>, tras realizar una comparación de ambos productos y tomando como referencia la tasa de infección de las heridas tras 30 días del procedimiento quirúrgico, concluyeron igualmente que su eficacia era equivalente ya que las diferencias entre ellos no eran significativas.

No obstante lo anterior, cabe reseñar que existen numerosos estudios en los que se concede mayor eficacia a uno que a otro tipo de lavado.

Ejemplo de esto son los trabajos realizados por Santacatalina et al<sup>14</sup> Kareem et al<sup>19</sup> Nijinsen et al<sup>20</sup> que encuentran evidencias en que es más efectiva la solución hidroalcohólica que el lavado quirúrgico estándar. Existen una serie de factores que pueden favorecer la implantación de la solución alcohólica, entre los que cabe destacar:

- Ahorro de tiempo en el lavado
- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización.
- Prevenir el riesgo de recontaminación, pues se evita el enjuague de las manos.<sup>14</sup>
- Menor coste que los productos tradicionales<sup>9</sup>
- Permite realizar varias intervenciones sin necesidad de salir del quirófano a realizar el lavado.

Se repartió un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto.

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se comprueba que tanto las soluciones hidroalcohólicas como el jabón antiséptico con clorhexidina tienen la misma eficacia para realizar un lavado quirúrgico satisfactorio y prevenir así la posible infección del sitio quirúrgico.

En cuanto a su efecto residual con ambos sistemas de lavado analizados, tiene una permanencia superior a 2 horas.

Debido a esto, personalmente las evidencias me inclinan a pensar que la solución alcohólica acabara imponiéndose en breve en nuestro entorno hospitalario ya que existen lugares de la sanidad pública en los que su uso ya está implantado.

En cuanto a la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación, la empresa Hartmann, con el fin de agradecer el trabajo realizado por la toma de muestras en el lavado de manos; ofrece repetir anualmente un curso formativo impartido por comercial y director del producto Hartmann.

Contacto: cristina.mora@hatmann.info

### 7. OBSERVACIONES.

Adjunto ANEXOS:

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/128 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0128

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

##### Título

LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

##### Autores:

MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, CHOCARRO ESCALENO PILAR, FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, URGEL GRANADOS ALEJANDRO, FUENTES GONZALVO EVA, ALONSO PEREZ PILAR, GONZALEZ HERRERO VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología: Infección quirúrgica cero. Lavado quirúrgico  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

##### PROBLEMA

La higiene de la piel y específicamente de las manos ha sido objeto de estudio desde hace muchas décadas, siendo aceptada como el mecanismo primario de control en la dispersión de agentes infecciosos. La correcta realización de una higiene de manos antes de entrar a quirófano es muy importante ya que durante una cirugía se le priva al paciente de una barrera significativa contra la infección: la superficie cutánea.

Resulta evidente que, la principal técnica de desinfección preoperatoria a lo largo de los años ha sido el lavado quirúrgico estándar. Las soluciones con base alcohólica se han usado de forma rutinaria en plantas sanitarias, entornos de laboratorio y servicios singulares como las unidades de cuidados intensivos. Pese a ello, la incorporación de soluciones con preparados de base alcohólica ha servido para impulsar la investigación de otras posibilidades técnicas de desinfección quirúrgica, aunque su sustitución no esté todavía implantada en la actualidad.

Aparte de la efectividad desinfectante, la ausencia de sensibilización e irritación cutánea es un aspecto muy importante a tener en cuenta por la repercusión en el personal sanitario, dada su exposición a agentes irritantes durante su práctica habitual.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Elaborar un plan de Mejora sobre el lavado de manos y contribuir a la reducción de las Infecciones relacionadas con la infección del sitio quirúrgico.
- 2.- Evaluar la efectividad de los dos productos antisépticos mayormente utilizados en el servicio quirúrgico del HOP (solución hidroalcohólica y jabon antiséptico con cepillo).

##### OBJETIVOS OPERATIVOS:

- 1.-Conocer la adhesión a la higiene de manos en el personal del área quirúrgica del Hospital Obispo Polanco, previo a la implantación de un Proyecto de mejora.
- 2.-Identificar barreras percibidas y factores facilitadores asociados a la práctica de la higiene de manos.
- 3.-Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en la higiene de manos

##### MÉTODO

En el presente proyecto, se pretende evaluar la efectividad de dos productos antisépticos, en concreto una solución hidroalcohólica y un jabón antiséptico para el proceso de desinfección de las manos durante la preparación quirúrgica.

Dicho proyecto se evaluará mediante una comisión interdisciplinar, del Hospital Obispo Polanco, formada por:

- Servicio de Traumatología que realizará y supervisará la toma de muestras durante procedimientos quirúrgicos limpios.

- Servicio de Microbiología que realizará el recuento de unidades formadoras de colonias de las muestras evaluadas.

- Servicio de Medicina Preventiva que supervisará la correcta realización del proyecto.

- Equipo de enfermería del área quirúrgica que participará en la toma de muestras durante el ejercicio de su trabajo diario.

##### ACTIVIDADES:

- Desarrollo de un programa de formación.

- Realización de un estudio de eficacia antimicrobiana del jabón antiséptico versus solución hidroalcohólica.

- Curso formativo del uso del antiséptico hidroalcohol y adecuación de soporte para su uso.

##### RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

- Disminuir el coste económico

- Ahorrar tiempo en el lavado

- Eliminar el riesgo de producir afecciones dermatológicas en el personal sanitario, al no utilizar cepillo para su realización

##### INDICADORES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0128

### 1. TÍTULO

#### LAVADO DE MANOS EN EL AREA QUIRURGICA: LA MANO QUIRURGICA ANTISEPTICA

Se realizará una reunión informativa a mediados del mes de Marzo con los participantes en el plan de mejora, para distribuir tareas y fomentar el trabajo multidisciplinar del proyecto.  
Se realizará el día 18 de Abril, una reunión informativa con el director comercial de grupo Hartmann Sterillium R, donde se explicará el modo de realización de la técnica de higiene de manos y nos proporcionará material en gel y dosificador. (Indicador: número de asistentes).  
Se realizará un estudio piloto durante 2 meses que consistirá en una estimación objetiva del recuento de unidades formadoras de colonias microbianas presentes en las manos del personal del área quirúrgica, utilizando cada uno de los dos productos antisépticos. Con esta medida se realizará una estimación objetiva de la capacidad bactericida del producto antiséptico tras realizar el lavado inmediato y la capacidad bactericida mantenida en el tiempo del mismo.  
Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener la opinión del profesional participante en el proyecto. El lavado de manos es un indicador que debe mantenerse en un estándar de excelencia, puesto que constituye la medida más eficiente para ahorrar riesgos y gastos en el hospital.

#### DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las recogidas de muestras comenzarían a partir de los meses de Abril y Mayo del 2018, realizándose un estudio piloto durante 2 mes, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA PEREZ JIMENO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RANERA GARCIA MIGUEL  
ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA  
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO  
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS  
CONESA MARIN VICENTE JOSE  
GONZALEZ GARCIA PALOMA  
VILLALTA MARTIN ANA MARIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consensuar con los Servicios involucrados (Cirugía Ortopédica y Traumatología, Anestesia-Reanimación, Geriatria y Hematología) y Direcciones del hospital (Médica y Enfermería) la aplicación de este protocolo, así como discusión del proyecto en la Comisión de Área Quirúrgica y en la Comisión de Transfusiones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Consenso alcanzado por todas las partes implicadas.

- Realización de un Documento Oficial del Protocolo de Ahorro de Sangre en Cirugía Protésica Programada para el Hospital Obispo Polanco, que consta de diversos ítems a cumplimentar en el hospital de día y durante el ingreso hospitalario.

#### HOSPITAL DE DÍA 15 DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA:

Hierro intravenoso (Ferinject) 50 mg/ml, dosis única.  
Vitamina B12 (Optovite) 1000 gammas 1 ampolla intramuscular, dosis única.  
Ácido fólico (Acfol) 5 mg 1 comprimido vía oral cada 24 horas, hasta el ingreso.  
Epoetina alfa (Eprex) 40.000 unidades subcutáneas, dosis única. Si hemoglobina preoperatoria inferior a 13 g/dl.  
Cruzar 2 bolsas de concentrados de hematíes para la fecha programada de la intervención quirúrgica, si se considera necesario.

#### ADMINISTRACIÓN DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO:

Ácido tranexámico perioperatorio (administración intravenosa / tópica).

- En espera de adjudicación de sitio físico para la aplicación del proyecto. Las Direcciones del hospital barajan las siguientes posibilidades de ubicación: la CMA, el hospital de día del paciente crónico complejo o habilitar alguna habitación de la planta de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos encontramos muy satisfechos con la gestión llevada a cabo con este proyecto, encontrándose a día de hoy en estado muy avanzado. Esperamos ponerlo en práctica en el primer trimestre del año 2019.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se monitorizarán los resultados para constatar el descenso transfusional gracias a una serie de indicadores primarios (hemoglobina y hematocrito postquirúrgicos, cumplimiento de los criterios restrictivos de transfusión y número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos) y secundarios (complicaciones, mortalidad y días de hospitalización).

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/181 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0181

Título  
PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Autores:  
PEREZ JIMENO NURIA, RANERA GARCIA MIGUEL, ESPALLARGAS DOÑATE MARIA TERESA, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, CONESA MARIN VICENTE JOSE, GONZALEZ GARCIA PALOMA, VILLALTA MARTIN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Coxartrosis y gonartrosis  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En la cirugía electiva de artroplastia total de cadera y rodilla se considera de vital importancia el mantenimiento de valores normales de hemoglobina (Hb) y hematocrito (Hto) postoperatorios para evitar las posibles complicaciones relacionadas con la anemia perioperatoria.

Tradicionalmente, para conseguir este objetivo se ha utilizado la transfusión de sangre alogénica; pero ello sigue asociándose a diversos riesgos, cosa que esta llevando a los profesionales médicos a plantearse un cambio en la política transfusional. En base a esto, se han desarrollado múltiples Programas de Ahorro de Sangre similares al que queremos implantar en nuestro servicio.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general del proyecto es la aplicación de un Protocolo de Uso Racional de Hemoderivados en el tratamiento de la anemia perioperatoria de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de prótesis total de cadera y rodilla así como la comprobación de su efectividad.

Estimamos, con este proyecto, se pueda reducir la incidencia de transfusión alogénica desde cifras del 70% a alrededor del 45%.

#### MÉTODO

El Protocolo de Ahorro de Sangre constará de:

En el momento de la inclusión en lista de espera quirúrgica, al solicitar el preoperatorio, en la analítica de sangre habitual añadiremos el patrón férrico.

Se aplicaran criterios transfusionales restrictivos, es decir, sólo se transfundirá en casos de:

- Anemia sintomática (hipotensión, taquicardia, taquipnea, mareo y/o fatiga) con Hb 8-10 g/dl.
- Hb <7-8 g/dl o 9-10 g/dl en pacientes cardiopatas.

2 semanas antes de la cirugía se emplearan medidas farmacológicas para la estimulación de la eritropoyesis preoperatoria:

- Hierro intravenoso (Ferinject 50 mg/ml) (dosis única).
- Ácido fólico (Acfol 5 mg): 1 cp. vía oral cada 24 horas.
- Vitamina B12 (Optovite 1000 gammas) 1 amp. intramuscular (dosis única).
- Epoetina alfa 40.000 UI subcutáneas (Eprex) siempre y cuando la Hb del paciente en el preoperatorio sea <13 g/dl (dosis única).

#### INDICADORES

Para monitorizar el proyecto seguiremos una serie de indicadores:

1os:

- Hb y Hto postquirúrgicos
- Cumplimiento de criterios de transfusión restrictivos
- Número de unidades de concentrados de hematíes transfundidos

2os:

- Complicaciones
- Mortalidad
- Días de hospitalización

Para la recogida de los datos se utilizará una hoja de cálculo Microsoft® Office Excel 2009 elaborada al efecto, en la que se tabularán todos los indicadores. La información recogida en formato Excel se exportará posteriormente al programa IBM SPSS Statistics v.20 para efectuar el estudio estadístico.

#### DURACIÓN

La fecha prevista de inicio es mayo de 2018. Durante el primer trimestre: Periodo de explicación y adaptación. Segundo trimestre: Periodo de aplicación y recogida de datos. Tercer trimestre: Periodo de aplicación, recogida de datos y análisis de los mismos para comprobación de su efectividad.

El tiempo de duración será indefinido, siempre y cuando se demuestre la disminución de la incidencia de transfusión alogénica.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0181**

**1. TÍTULO**

**PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE EN ARTROPLASTIA TOTAL DE CADERA Y RODILLA**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA ROYO AGUSTIN  
• Profesión ..... MIR  
• Centro ..... H OBISPO POLANCO  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
• Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO  
RILLO LAZARO AGUSTIN  
BONILLA MONTERDE GERMAN  
CALVO ARIÑO AITOR  
NAVARRO MONTERO ESTHER  
JIMENEZ GARCIA SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elección del tipo de plataforma: Se ha optado por una Pagina Web que cumpla las siguientes características:

- Cuenta con suficiente espacio para poder admitir distintos formatos de archivos: texto, fotos, vídeos.
- Permite permita distintos tipos de acceso a cada tipo de información y que estos se puedan comprobar y controlar.

? Acceso a sanitarios autorizados (miembros del servicio y/o de las unidades directamente relacionadas): pueden ver todo el contenido. El objetivo es que sirva de plataforma interna para ayudar en labores administrativas y de organización interna.

? Acceso a sanitarios no autorizados: acceso a toda la información cuyo objetivo es la divulgación científica.

? Acceso a pacientes: área de pacientes y contenido no catalogado como exclusivo para médicos.

- Pertenece a un entorno web no dependiente de organismos públicos y patrocinada por organismos privados vinculados con la industria de productos sanitarios relacionados con los servicios/unidades involucrados. Se ha decidido también la creación de cuentas en plataformas secundarias (redes sociales tipo twitter) para promocionar la plataforma web para hacer más patente su presencia fuera de nuestro sector sanitario. Su gestión será llevada a cabo por una empresa independiente.

2. Elección de gestores/administradores de los contenidos y de su publicación.

Definir autores: ver tabla de Anexo 1.

Método de elección de temas:

? A criterio personal de cada autor.

? Lluvias de ideas y puestas en común por los miembros de los servicios/unidades involucradas. Se procurará la realización de reuniones organizativas (presenciales o no) para el reparto de tareas y elección de temas.

? "Hot points" en publicaciones y congresos, mesas de expertos etc a los que asistan dichos miembros.

? Puntos de interés/conflicto que se hayan identificado en la práctica diaria por los facultativos en las consultas/IC virtuales/foros de debate etc.

? Todavía se debe concretar si se permitirá la proposición por parte de los receptores de la información de temas de interés para su publicación (ver punto 5).

- Edición de los contenidos. Será responsabilidad de cada autor edición en formato para facilitar su subida a la plataforma por la empresa editora independiente.
- Subida de los contenidos a la plataforma. Se realizará por parte de la empresa independiente contratada para tal fin. Nos tendrían que decir qué formatos usar y cómo editarlo para facilitarles el trabajo.
- Será responsabilidad de cada autor el control de calidad de lo que se escribe y de la fiabilidad de los contenidos. También, se deberá adjuntar una adecuada referencia bibliográfica actualizada que justifique lo publicado.

3. Organización y tipo de información de los temas. Ver tabla en Anexo 1.

4. Organización de los contenidos dentro de la página Web.

En el punto anterior se ha expuesto la organización de los temas. Sin embargo, el tipo de publicación que se puede realizar a través de un entorno web no se puede estructurar de dicha manera. Por ello, los temas serán organizados de acuerdo a lo que nos permita este tipo de soporte. Los temas, por tanto, se agruparan de la siguiente manera:

- Contenidos fijos.- se incluirán subpáginas que contengan información de interés general y constante:
  - o Vídeos o imágenes en relación con el proyecto de calidad de movilizaciones de la Unidad de Orto geriatria de nuestro hospital.
  - o Documentos de interés como vías clínicas, consentimientos informados, protocolos...
  - o Publicación de dossieres de información para los pacientes.
- Contenidos variables tipo "entrada de blog". Aquí se incluirán sobretodo trabajos puntuales sobre temas de interés de índole más científica que serán básicamente de los tipos descritos a continuación:
  - o Revisiones monográficas de un tema.
  - o Casos clínicos (con el objetivo de poder incluir imágenes que hagan más educativo lo publicado se consultará con el Comité de Ética los puntos a seguir para preservar los derechos de los pacientes)
- Tablón de anuncios:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

- o Noticias relacionadas con la esfera musculoesquelética.
- o Sesiones, reuniones intraservicio/unidad.
- o Divulgación de publicaciones/congresos trabajos...

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han ido desarrollando en el punto anterior al describirse las actividades realizadas. En concreto:

1. Elección del tipo de plataforma.
2. Determinar gestores del contenido y quiénes van a ser los autores.
3. Organización y selección de los temas publicados.
4. Estructuración de la página Web.

Además de ello, está desarrollándose de cara conseguir durante el siguiente año:

5. Selección de empresa gestora de proyectos web.
6. Reparto de tareas a la hora de editar y publicar los temas
7. Creación de cuenta vía twitter para difusión y como medio de feedback.
8. Reunión comité de ética para determinar contenidos publicables que atañen a los pacientes.

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
  - Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
  - Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
  - Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.
- A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que es una gran oportunidad de cara a difundir contenidos pero también para optimizar recursos, ya que se pueden crear muchos mecanismos que amplifiquen las vías de comunicación. Éstas, muchas veces se ven limitadas por la propia idiosincrasia de la estructura de un Sistema Sanitario que debería de actualizarse enormemente para poder implementar una medicina multidisciplinar destinada y centrada en el paciente. Para ello, es fundamental encontrar plataformas que faciliten y simplifiquen la comunicación entre los sanitarios. Todos debemos trabajar como un equipo a favor de la salud.

Hemos encontrado enormes oportunidades para fomentar y monitorizar esta comunicación:

- Ver por IC virtual o por puntos conflictivos que se vayan repitiendo en la consulta, urgencias etc como puntos de interés a incidir en los temas a tratar y si estos disminuyen su incidencia.
- Control del número de visitas para ver hasta qué punto se ha conseguido divulgar lo que se publica.
- Contaje del número de comunicaciones/publicaciones a través de la plataforma.
- Porcentaje de la disminución de derivaciones erróneas (como la indicación de pruebas) respecto a cifras previas.
- Encuestas puntuales, para tampoco desbordarnos, a los participantes para valoración de los contenidos, lluvia de ideas etc.
- Fomentar la participación con foros y otras plataformas. Se ha de tener en cuenta la dificultad de moderar ya que puede resultar en mucha carga de trabajo. Se pueden hacer webinar puntuales.
- Preguntar directamente a médicos de familia que rotan, a compañeros de otra especialidad etc.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

#### 7. OBSERVACIONES.

De cara a fomentar la participación de autores de calidad, se pretende editar un libro cuando se cuenten con entradas suficientes con los contenidos publicados en formato blog.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/185 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0185

Título  
PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Autores:  
ROYO AGUSTIN MARIA, CASTRO SAURAS ANGEL, URGEL GRANADOS ALEJANDRO CESAR, RILLO LAZARO AGUSTIN, BONILLA MONTERDE GERMAN, CALVO ARIÑO AITOR, NAVARRO MONTERO ESTHER, JIMENEZ GARCIA SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185

### 1. TÍTULO

#### PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB

Otro Tipo Patología: Patología de la esfera musculoesquelética

Línea Estratégica .: Adecuación

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

La falta de recursos de educación y promoción de la salud en la esfera musculo-esquelética en nuestro medio, lo que condiciona un manejo deficiente por distintos especialistas no traumatólogos o rehabilitadores, y una falta de implicación del paciente en patologías de esta índole.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- **Objetivo principal:** Aumentar los conocimientos en patología musculo-esquelética al realizar una divulgación científica y educación sanitaria de los especialistas de otras ramas y los pacientes.
- **Objetivos secundarios:** Mejorar el estado de salud del aparato locomotor a la vez que se optimizan los recursos al implicar directamente a los pacientes y se incentiva la formación de médicos de atención primaria al respecto. Crear una vía de comunicación recíproca entre los distintos niveles de asistencia sanitaria para identificar problemas de interés. Facilitar la implementación de otras estrategias de mejora de la calidad asistencial.

#### MÉTODO

1. Creación de una plataforma de divulgación científica que permita la exposición de información en distintos formatos: imagen, presentaciones, video, texto... Mantenimiento y actualización de la misma. A valorar entre las distintas opciones que se han comentado con el Servicio de Informática del Hospital.
2. Selección de temas de interés y creación de mecanismos para asegurarse de que estos sean de utilidad para los destinatarios.
3. Revisión de últimas publicaciones, cursos de expertos, bibliografía especializada etc, para identificar puntos de estudio vanguardistas y exponerlos de la manera más válida a nivel científico.
4. Reuniones organizativas para el reparto de tareas y elección de temas.
5. Implicación de colaboradores no autores del proyecto.
6. Promoción de la salud según se contempla en los criterios de Lalonde.
7. Optimización de los recursos al mejorar la aplicación de los circuitos diagnóstico-terapéuticos.
8. Incentivar la participación activa de los implicados, tanto colaboradores como destinatarios, creando una dinámica de retroactividad en cuanto a los temas a tratar, la manera de hacerlo, problemas derivados de la falta de colaboración entre los distintos niveles asistenciales..
9. Abordar los distintos ítems seleccionados de una manera clara, concisa, asequible, sencilla y atractiva para aumentar el interés por parte de los médicos no especializados en patología musculoesquelética y pacientes. Utilización de recursos web (videos, imágenes...) para lograrlo.
10. Estudiar la mejor vía de comunicación con los médicos de atención primaria para realizar un feed-back en el intercambio de información (foro abierto, comentario de blog, correo electrónico..).
11. Coordinación con otros proyectos de mejora que se pueden beneficiar de un entorno web para aplicar algunos aspectos que necesitan de plataformas de divulgación entre otros médicos y/o pacientes

#### INDICADORES

- Número absoluto de visitas (tanto de pacientes como de médicos).
- Número de comunicaciones a través de la plataforma.
- Número de colaboraciones de expertos no autores directos del proyecto.
- % de disminución de derivaciones erróneas (mal indicación de pruebas por ejemplo) respecto a cifras previas a la implantación del proyecto.
- Valoración de la adecuación de los contenidos y su formato.
- Grado de satisfacción en el nivel de información obtenido a través de la plataforma WEB.

#### DURACIÓN

La implementación preliminar de la plataforma WEB se prevé que conllevará aproximadamente un año laboral, en el que se realizará:

- Selección y creación de un entorno WEB básico para la exposición de temas.
- Selección de temas preliminares, creación de los documentos pertinentes y exposición de los mismos.
- Exposición de otros recursos colaborativos con otros proyectos de calidad.
- Divulgación de la existencia de este recurso para fomentar la participación y el acceso al mismo.

A partir de ese plazo, se contemplaría la mejora de los puntos que se hayan identificado como deficitarios.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0185**

**1. TÍTULO**

**PROMOCION DE SALUD Y DIVULGACION CIENTIFICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA A TRAVES DE PLATAFORMAS WEB**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MIGUEL RANERA GARCIA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ GIMENO NURIA  
BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO  
URGEL GRANADOS ALEJANDRO  
MUNIESA HERRERO MARIA PILAR  
ROYO AGUSTIN MARIA  
HERNANDEZ LOPEZ ALICIA  
PECES GONZALEZ NATALIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión informativa el 8/02/2019 en la cual fueron avisados telefónicamente los pacientes incluidos para realización de una artroplastia total de rodilla incluidos en lista de espera desde noviembre del 2018 hasta enero del 2019. Se invitó a los pacientes a acudir acompañados con un familiar directo, la asistencia fue voluntaria. Los datos de los pacientes fueron proporcionados por parte del servicio de Admisión del Hospital que recogió a todos los pacientes de dicho período. Los pacientes fueron llamados desde el Servicio de Traumatología por el autor del proyecto. En caso de no contestar a la llamada, se realizaron intentos en las siguientes 48h antes de sacar al enfermo del programa. la llamada fue contestada por el paciente o por algún familiar directo. la sesión informativa fue planificada en el Aula de consultas externas del Hospital Obispo Polanco a las 13:30h con una duración aproximada de 45 minutos. Se proyectó una presentación de PowerPoint de 32 diapositivas donde se explicó la vía clínica del proceso, criterios de inclusión de cirugía, riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico y posibles complicaciones. Se aportaron modelos de prótesis para que los pacientes pudiesen ver "in situ" como es el material empleado, se realizó un turno de preguntas y respuestas y se aportó una encuesta de satisfacción a rellenar por parte de enfermos y familiares. la reunión fue impartida por el autor del proyecto y asistieron miembros del servicio de traumatología, rehabilitación y enfermería.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se midieron los resultados alcanzados inmediatos recogidos en la encuesta de satisfacción. Se llamaron a 26 pacientes incluidos en Lista de espera para artroplastia total de rodilla desde noviembre de 2018 a enero 2019. Del total de pacientes 13 pacientes (50% de los pacientes avisados) acudieron acompañados por un total de 16 familiares directos. Los resultados fueron medidos en los siguientes ítems de satisfacción (Muy insatisfecho, insatisfecho, Normal, satisfecho, Muy satisfecho). Ante la pregunta: ¿les parece útil el contenido de la reunión? Del total de pacientes, 10 (76,9%) se encontraron Muy satisfechos y 3 (23%) se sintieron satisfechos. Del total de familiares, 13 (81,25%) refirieron estar Muy satisfechos y 3 (18,75%) se encontraron satisfechos. No hubo asistentes por debajo de ese nivel de satisfacción. Ante la pregunta: ¿Fue útil la información previa de la consulta? De los pacientes, 1 (7,6%) refirió estar Insatisfecho, 3 (23%) consideró la información Normal, 3 (23%) estuvieron satisfechos y 6 (46%) Muy satisfechos. De los familiares, 1 (6,2%) se mostró insatisfecho, 1 (6,2%) Insatisfecho, 4 (25%) Normal, 2 (12,5%) satisfechos y 8 (50%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha cambiado de opinión tras la reunión? Del total de pacientes 2 (15,3%) respondieron que Si habían cambiado frente a 11 (84,61%) que respondieron que No. Del total de familiares 1 (6,2%) contestó que Si, 12 familiares (75%) contestaron que No, y 3 (18,6%) contestaron N/C. Ante la pregunta ¿Considera correcta la duración de la reunión? del total de pacientes, 4 (30,7%) se encontraron satisfechos y 9 (69,23%) se encontraron muy satisfechos. De los familiares 7 (43,7%) se encontraron satisfechos y 9 (56,2%) Muy satisfechos. Ante la pregunta: ¿Ha entendido correctamente lo explicado en la reunión? del total de pacientes 4 (30,7%) contestaron sentirse satisfechos y 9 (69,2%) Muy satisfechos. De los familiares 1 (6,2%) contestó estar satisfecho y 15 (93,7%) familiares Muy satisfecho. Ante la cuestión de Valore al personal que ha impartido la reunión: de los posibles ítems posibles (Muy Malo, Malo, Normal, Bueno o Excelente) del total de pacientes los 13 (100%) contestó Excelente y de los familiares 1 (6,2%) contestó Bueno y 15 (93,7%) contestó excelente. Ante la pregunta: ¿Considera Necesaria esta reunión? del total de pacientes 12 (92,3%) contestó que SI, y 1 paciente (7,6%) contestó que No. Del total de familiares 14 (87,5%) contestó que Si y 2 (12,5%) contestó que No. Se colocó un apartado de "sugerencias" donde uno de los familiares recomendó la realización de un tríptico para ser entregado a los pacientes informativo de todo el proceso.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En primer lugar, hemos de decir que la experiencia de la reunión informativa ha sido muy positiva. Hemos contado con el problema de que nuestra población está muy envejecida, y existe gran dispersión territorial, por lo que la asistencia del 50% de los pacientes avisados creemos que corresponde a este factor. Muchos de nuestros pacientes mayores exponían la imposibilidad de poder asistir a este tipo de reuniones voluntarias por problemas de movilidad y transporte. Consideramos muy importante el hecho que el peor de los ítems valorado sea la información proporcionada previamente en la consulta. Esta ha sido la única valoración que ha recibido contestaciones altamente negativas, aunque no sea en la mayoría de los pacientes y familiares. Probablemente sea debido a la imposibilidad de explicar todo el procedimiento alrededor de la implantación de una prótesis de rodilla en el tiempo posible de una consulta médica. Creemos que este aspecto es probablemente el mayor punto de mejora de este plan, ya que resulta llamativo que, aunque sea un número pequeño de pacientes, estos opinen que llegan desinformados a un proceso de cirugía mayor electiva como es este. Por este motivo se ha

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

decido continuar con la reunión con carácter mensual o bimensual, ya que nuestro número de pacientes y logística de la sala hace que parezca adecuado continuar de esta manera. cabe recalcar que, aunque es escasa la proporción, han existido casos de cambio de opinión de los pacientes de cara al proceso, con lo cual es evidente que la reunión puede ser útil en término de correcta selección de los pacientes de cara a la cirugía, ahorro de cirugías no necesarias y costes. tanto la duración como la comprensión de lo expuesto en la sesión parecen apropiados según los resultados de la encuesta de satisfacción. Se atenderá la propuesta de realización de un tríptico informativo que se presentará en las próximas reuniones. Queda pendiente analizar en el futuro el impacto de la reunión en la implantación del Fast-track de la vía clínica de prótesis total de rodilla, y si este plan es capaz de disminuir la estancia hospitalaria como coadyuvante a otro tipo de medidas como puede ser la rehabilitación precoz y determinado uso de técnicas en combinación con el servicio de anestesiología. Sorprendió la actitud activa tanto de pacientes como de familiares, creándose un espacio de diálogo entre el cuerpo médico y los enfermos, los cuales en su mayoría expresaron que la reunión les había parecido útil demandando más reuniones de este tipo, por lo que este año se va a intentar realizar una reunión similar para nuestros pacientes de la Unidad de Cadera. Se esperan recoger los datos durante este año 2019 y aportarlos para la convocatoria de las nuevas memorias.

#### 7. OBSERVACIONES.

Se continuará con la reunión con carácter mensual/bimensual durante el año 2019 y se analizarán los datos obtenidos. Se aportará memoria final en este año. Por favor, si hubiese que hacer cualquier trámite de cara a la presentación de la memoria hagámmelo saber a través de mi correo electrónico.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/251 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0251

Título  
REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

Autores:  
RANERA GARCIA MIGUEL, BLANCO LLORCA JOSE ADOLFO, PEREZ JIMENO NURIA, MUNIESA HERRERO MARIA PILAR, OSCA GUADALAJARA MARTA, PECES GONZALEZ NATALIA, HERNANDEZ LOPEZ ALICIA, AGUSTIN MORENO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos: reducción de estancia media

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La prótesis de rodilla se ha convertido en un procedimiento común en los Servicios de Traumatología. Los objetivos de las unidades clínicas han se dirigen a incrementar la seguridad, disminuir costes y mejorar la satisfacción de los pacientes. Para ello, se han desarrollado programas de rehabilitación rápida denominados "fast-track" . En ocasiones nos encontramos situaciones de desinformación en nuestros pacientes acerca de los procesos. Existe una tendencia errónea en la sociedad de que mayor número de días de ingreso es igual a mejor atención, especialmente en procedimientos quirúrgicos. Para que el "fast-track" funcione, es necesario un soporte familiar y/o institucional para dar de alta a los pacientes con toda la seguridad necesaria. Además se ha detectado una posibilidad de mejora en la dificultad de obtener información de los pacientes previamente a una cirugía para desarrollar estudios posteriores. Por ello, se plantea la posibilidad de realizar una reunión previa multidisciplinar (empoderamiento) contando con los Servicios de Traumatología, Rehabilitación, Geriátrica y Enfermería. Esta reunión, tendría un carácter informativo, donde a través un audiovisual se explicaría la vía clínica del procedimiento. Este programa se trató de poner en práctica previamente, pero se ha demorado su puesta en práctica por los problemas de personal en los dos últimos años de nuestro Servicio.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo es la reducción de la estancia tras el procedimiento, que actualmente ronda los 4-5 días. Hemos instaurado un protocolo que demuestra la viabilidad del alta en el plazo de 3 días tras una prótesis, siempre que no exista complicación médica. La intención de este plan es que al menos el 75% de nuestros pacientes sean dados de alta al tercer día con seguridad clínica. Sin embargo, en ocasiones, el alta no está supeditada a condiciones médicas, sino a términos del entorno familiar y logística, y es en estos casos donde la reunión sería eficaz. Además, obtendríamos escalas para la realización de estudios posteriores y se tendrá una última oportunidad de selección de los pacientes candidatos a cirugía. Se espera incrementar la seguridad y satisfacción en nuestros resultados. Es sabido la asociación de ansiedad y mayor empleo de analgésicos y

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0251

### 1. TÍTULO

#### REUNION INFORMATIVA PREVIA (EMPODERAMIENTO) A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA

antihipertensivos, lo cual puede ser un campo de estudio tras la implantación de esta reunión. También se estudiarán las complicaciones, eventos de seguridad e infecciones en un paciente que se encuentra mejor informado previamente a la cirugía.

#### MÉTODO

La reunión informativa será quincenal o mensual. Se coordinará con el Jefe de Servicio, seleccionando a los pacientes en función de lista de espera. El lugar de reunión será el salón de actos del Hospital. Los pacientes se llamarán a través del Servicio de Admisión. Concretada la fecha, se indicará a los pacientes que acudan a la reunión con al menos un familiar que vaya a participar en el proceso. La reunión será dirigida por un traumatólogo, y asistirán un médico rehabilitador, un geriatra y una enfermera de planta o consulta. Se proyectará un audiovisual de la vía clínica. Se atenderán preguntas de pacientes explicando las posibles dudas. Se procederá a la entrega de los diferentes cuestionarios de Salud ( WOMAC, SF-36 de Salud, KSS ) que se aportarán al ingreso.

#### INDICADORES

Se realizará un calendario de sesiones donde se recogerán los datos de los asistentes a cada reunión. Se repartirá un cuestionario de satisfacción para obtener su opinión. Los resultados se evaluarán cada 6 meses. A su vez se repartirá un cuestionario de satisfacción al alta hospitalaria tras la cirugía que se evaluará cada 6 meses. En este caso existirá un ítem que refleje la opinión de los pacientes en el contexto de la reunión previa. El resto de cuestionarios se recogerán al ingreso para los estudios científicos pertinentes.

#### DURACIÓN

El tiempo de duración es indefinido, salvo que se obtuviesen resultados negativos continuados, en cuyo caso, se llevaría a cabo un estudio de los posibles fallos. Las sesiones comenzarían en el momento de autorización de dicho plan, realizándose una experiencia piloto de 3 meses, momento en el cual se realizaría la primera revisión.

#### OBSERVACIONES

Roos EM, Lohmander LS. Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes 2003;1:64.  
Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results Med Clin (Barc). 1995 May 27;104(20):771-6  
Insall JN, Dorr LD, Scott RD, Scott WN. Rationale of the Knee Society clinical rating system. Clin Orthop Relat Res. 1989 Nov;(248):13-4.

#### Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... INES ARIÑO PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DOÑATE BORAO BELEN  
BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA  
BELLES ARANDA MIRIAM  
ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE  
CUERVO MENENDEZ CONCEPCION  
GARZA TRASOBARES EMILIO  
THOMSON LLISTERI CONCHA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

Son objetivos indispensables revisar la adecuación de las indicaciones, disminuir los riesgos inherentes de este tipo de exploraciones, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia del cáncer de colon

Tomando como referencia los criterios de calidad en la Endoscopia Digestiva de las principales sociedades científicas (SEPD, SEED y ESGE), nos propusimos conocer nuestro grado de cumplimiento de determinados indicadores de calidad comparándolos a sus valores ideales

Para ello, lo primero fue dar a conocer este Proyecto de Mejora de la Calidad en la Unidad a través de sesiones clínicas (19/6/18 y 1/10/18) con la participación de médicos, enfermeras y TCAEs y consensuar, entre todos, las modificaciones a llevar a cabo, en el caso de que se consideraran necesarias, con el objetivo de adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las más recientes recomendaciones.

- Fueron revisados algunos aspectos de la práctica diaria con el fin de valorar realizar algunas modificaciones en cuanto a:
  - o Procedimiento de admisión del paciente a Endoscopias
  - o Hoja de valoración de enfermería y folletos de información que se entregan al paciente tanto después de una endoscopia como en el caso específico de una polipectomía endoscópica
  - o Tipos y modos de utilización de las diferentes preparaciones previas a una colonoscopia, según horarios de las mismas y patología de base del paciente
- Además, tras presentar la documentación actualizada, se insistió en procurar la homogeneidad en relación a:
  - o Descripción de la morfología de los pólipos a través de la Clasificación de Paris
  - o Descripción de la calidad de la limpieza del colon con la Clasificación de Boston
- También se presentaron trabajos basados en la evidencia científica en relación al uso de medicación antitrombótica y anticoagulante en la Endoscopia Digestiva

Todos los documentos revisados y actualizados a través de este proceso de sesiones han sido incluidos en la Intranet del Hospital Obispo Polanco

Para mejorar la formación en cuanto a seguridad en la sedación de los pacientes, todos los componentes de la Unidad asistieron a un Taller de RCP. Anteriormente los médicos de la Unidad y 2 de las enfermeras asistimos al Curso Completo de Capacitación individual en Sedación profunda para endoscopistas acreditada por la Sociedad Española de Endoscopias Digestivas (SEED).

Finalmente se seleccionaron los indicadores de calidad y su monitorización, insistiendo en la necesidad de que quedaran recogidos en el informe realizado tras cada endoscopia. Además se diseñó, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX), un sistema de recogida de datos para poder monitorizar dichos indicadores. Se ha elaborado un CHECK LIST- CALIDAD que facilite la recogida de dichos indicadores de calidad y el informe

En el momento actual se está preparando el Procedimiento de desinfección del material y pactando las revisiones periódicas con el Servicio de Medicina Preventiva

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos los resultados preliminares sobre 50 colonoscopias consecutivas realizadas entre el 11 y el 28 de diciembre de 2018.

##### INDICADORES:

- Consentimiento informado válido y firmado: Objetivo:100%. Resultado:100%
- Motivo de solicitud (1): Objetivo: >85%. No consta:100%

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

- Indicación adecuada. Idoneidad (1): Objetivo:>85%; No consta: 100%
- Evaluación del paciente previa a la endoscopia en la HC (2); Objetivo:> 95%; Resultado 100%;
- Intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado (3); Objetivo:>85%; Resultado 92%
- Documentación gráfica de la prueba; Objetivo:>90%; Resultado 98%
- Registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación (2); Objetivo: 100%; Resultado 100%
- Registro de posibles eventos adversos y su naturaleza (2 y en ENDOX); Objetivo:>95%; No consta: 72% en

#### ENDOX

- Limpieza de colon adecuada; Objetivo:>90%; Resultado: 92%; No consta: 24%
- Colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal; Objetivo:>90%; Resultado 87,5%; No consta: 4%
- Se extirpan todos los pólipos < 20 mms y en 1 sólo fragmento; Objetivo:>85%; Resultado 91,4%
- Pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio AP; Objetivo:>90%; Resultado 94,3%
- Tiempo de retirada (>6 minutos); Objetivo:100%; Resultado 95%; No consta 24%
- Diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana; Objetivo:>85%; Resultado 100%
- EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia (4)
- Descripción de la morfología de los pólipos según clasificación de París; Objetivo:100%; Resultados: 74%
- Tasa de adenomas; Objetivo: 40% Cribado ; Resultado 42%
- Se entrega el informe de alta con Recomendaciones al paciente (5); Objetivo:>85%; No consta 100%

- (1) No se recogió adecuadamente la variable del indicador en el registro informático del programa ENDOX. Se está corrigiendo
- (2) Hoja de enfermería
- (3) Se hace una revisión previa de las solicitudes de las colonoscopias, ajustando el seguimiento
- (4) No casos de EII en las 50 endoscopias revisadas
- (5) Variable no recogida correctamente en la Hoja de enfermería, ni en ENDOX. Se corregirá

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En esta primera parte del Proyecto de mejora de la calidad de la endoscopia digestiva, hemos conseguido revisar y difundir los documentos de la Unidad de Endoscopias una vez adaptados a las últimas recomendaciones. Se ha diseñado un sistema de recogida de datos que facilita monitorizar los indicadores seleccionados, dentro del programa informático de informes de endoscopias (ENDOX). En los resultados preliminares tras realizar una auditoría con 50 informes de colonoscopias consecutivas destaca el cumplimiento de la mayoría de indicadores de calidad, excepto, colonoscopia completa (resultado 87,5% y objetivo > 90%), limitado por el número reducido de colonoscopias analizadas. No se han recogido adecuadamente los indicadores: motivo de solicitud, indicación adecuada; registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Esto se ha debido a algunos errores de registro que se están corrigiendo en la actualidad a través de la empresa responsable del programa, procurando la vinculación de dichos registros al informe de endoscopias. Esperamos que, en la auditoría trimestral y la siguiente auditoría del primer semestre del año 2019, se hayan resuelto estos problemas detectados. Nuestro objetivo principal es mejorar la calidad de las endoscopias realizadas en nuestra Unidad con el cumplimiento de todos los objetivos.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1243 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1243

Título  
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:  
ARIÑO PEREZ INES, DOÑATE BORA O BELEN, BOTELLA ESTEBAN MARIA TERESA, BELLES ARANDA MIRIAM, ALCALA ESCRICHE MARIA JOSE, CUERVO MENENDEZ CONCEPCION A, GARZA TRASOBARES EMILIO, THOMSON LLISTERRI CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato digestivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Una vertiente importante de la actividad de la Unidad de Aparato Digestivo es la correspondiente a la realización de endoscopias. Uno de los grandes retos a los que nos enfrentamos es garantizar una alta calidad en las endoscopias que realizamos a pesar del incremento progresivo de la demanda. Es fundamental implementar programas de mejora continua para ofrecer al paciente una endoscopia de calidad, adecuada a los mejores estándares internacionales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal: conseguir mejoría en la calidad de la endoscopia digestiva  
Objetivos secundarios: adaptar nuestro trabajo diario en la endoscopia digestiva a las últimas recomendaciones de las principales sociedades científicas, aumentando así la adecuación de las pruebas, disminuir sus riesgos, aumentar la detección de lesiones relevantes y reducir la incidencia de cáncer de colon.

#### MÉTODO

Se tomarán como referencia en calidad de la endoscopia las dos últimas publicaciones de la SEPD en este sentido, que serán completadas con la guía de la ESGE, realizando un único proyecto de calidad en la endoscopia adaptando las principales recomendaciones a nuestro entorno. Se dividirá el proyecto en 2 partes: por un lado se describirá en qué debería consistir el procedimiento habitual en las endoscopias, especificando la colonoscopia, y por otra parte se describirán los distintos indicadores de calidad seleccionados y sus valores ideales.

#### INDICADORES

Se incluyen en el proyecto indicadores de calidad de estructura, proceso y resultados.  
La monitorización de los mismos se realizará, según recomienda la ESGE, de forma continuada mediante los sistemas de recogida de datos de endoscopias o mediante auditoría anual de 100 endoscopias consecutivas.

- Porcentaje de casos en los que consta la entrega y/o firma de consentimiento informado válido. Objetivo 100%
- La unidad cuenta con un plan de gestión de medicación antitrombótica. Objetivo: presencia
- El informe endoscópico se incluye la mayoría de criterios de calidad. Objetivo: presencia
- La unidad cuenta con un procedimiento de desinfección del material con revisiones periódicas. Objetivo: presencia
- Porcentaje de casos en los que el motivo de solicitud consta en el informe y forma parte de una lista de indicaciones adecuadas. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos en los que consta en historia clínica una adecuada evaluación del paciente antes de la endoscopia. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en que el intervalo entre colonoscopias por seguimiento de pólipos es adecuado. Objetivo > 85%
- Porcentaje de casos en los que consta alguna documentación gráfica de la prueba. Objetivo >90%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de la monitorización del paciente si se somete a sedación. Objetivo 100%
- Porcentaje de casos en los que existe registro de posibles eventos adversos y su naturaleza. Objetivo >95%
- Porcentaje de casos en los que la limpieza de colon se considera adecuada. Objetivo >90%
- Porcentaje de colonoscopias completas, alcanzando fondo cecal. Objetivo >90%
- Proporción de colonoscopias en los que se extirpan todos los pólipos menores de 20mm, y en un solo fragmento. Objetivo >85%
- Porcentaje de pólipos extirpados >5mm que son recuperados para estudio anatomopatológico. Objetivo >90%
- Media de tiempos empleados en la retirada del endoscopio en endoscopias sin biopsias ni terapéuticas. Mínimo 6 minutos
- Porcentaje de casos con diarrea crónica en los que se biopsia mucosa sana. Objetivo >85%
- Porcentaje de casos con EII en los que se practican biopsias adecuadas en el cribado de displasia. Objetivo >85%
- Porcentaje de endoscopias en los que se describen la morfología de los pólipos según clasificación de París. Objetivo 100%
- Porcentaje de colonoscopias con al menos un adenoma identificado. Objetivo en cribado poblacional: 40%
- Porcentaje de casos en los que se entrega informe de alta con recomendaciones al paciente. Objetivo: >85%

#### DURACIÓN

- Inicio junio 2018: Dar a conocer al personal servicio de endoscopias el proyecto y su contenido mediante sesiones clínicas. Establecer un modelo de informe endoscópico único que incluya todos los indicadores. Formación al personal en cuanto a seguridad en la sedación (taller RCP), mejora en la detección y descripción de lesiones.
- Octubre 2018: Inicio de aplicación de las medidas pertinentes para optimizar la calidad.
- Auditoría inicial para asegurar implementación de medidas: noviembre 2018: evaluar 50 endoscopias consecutivas.
- Auditoría trimestral y evaluación inicial de los indicadores: enero 2019
- Dos auditorías semestrales (buscando alcanzar todos los objetivos): julio 2019 y enero 2020

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1243**

**1. TÍTULO**

**PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA**

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE ..... FERNANDO LEON GALVE ROYO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO SAURAS ANGEL  
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA  
ORELLANA GARCIA RAQUEL  
CATALAN EDO PILAR  
PLUMED JUSTE MARIA TERESA  
GALVE ROYO AGUSTIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado ajustes en las agendas de COT y rehabilitación (oferta específica en rehabilitación para apacientes UME)  
Reuniones conjuntas Primaria- Especializada de coordinadores y diferentes miembros de COT y RHB: 2, una en primer semestre y otra en el segundo semestre  
Se han establecido criterios uniformes de Sector. Documento conjunto, consensado para las 4 especialidades que participan en el proyecto (COT, RHB, Primaria, Reumatología).  
Multitud de correos electrónicos con primaria y Servicios de Hospital  
Se ha integrado Proyecto de Interconsulta Virtual (PIV) con UME a final de año 2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Se han sentado criterios de organización y liderazgo compartido y un grupo funcional de trabajo para la patología musculoesquelética en el sector.  
2.- Se dispone de documento con criterios consensado en la intranet. en octubre de 2017  
3.- Se han realizado más de 2 reuniones conjuntas entre Direcciones de Primaria y los servicios Hospitalarios. Se han realizado 2 reuniones tipo taller entre profesionales de Primaria y Hospital.  
4.- Reducción de la demora media en COT de más de 100 días a unos 80 días. Ha aumentado sin embargo en Rehabilitación  
5.- Se han respetado los plazos establecidos para los objetivos del primer año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha fortalecido la idea de grupo, y se refuerza también la identidad de sistema. Se trabaja más como un proceso que como circuito artificial médico de primaria-especialista. Se aceptan más los límites de los dos niveles, no se exige sino que se trabaja con expectativas reales.  
Son muy útiles las reuniones mixtas primaria y Hospital, pero con orden de trabajo, y taller práctico sobre herramientas.  
Al establecer mejor herramienta de comunicación (PIV) ha mejorado mucho la relación entre niveles y se han optimizado las derivaciones y se reducen las visitas innecesarias pero se ha puesto en evidencia el sistema tan rígido de citaciones que impide autonomía de organización.  
Se han sentado bases para trabajar en prácticas de valor. El impacto de estas medidas se apreciarán más adelante. Todavía estamos muy lastrados por el sistema de citaciones y la gestión de las mismas, que nos hace perder autonomía en la comunicación entre los dos niveles.  
Sería CONVENIENTE ESTABLECER PLAZOS MÍNIMO BIANUALES O TRIANUALES para evaluar el impacto de este tipo de proyectos.

7. OBSERVACIONES.

Se agradece y sería muy pertinente tener responsables específicos en cada centro recordatorios.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/1723 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1723

Título  
UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

Autores:  
GALVE ROYO FERNANDO LEON, CASTRO SAURAS ANGEL, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, CATALAN EDO PILAR, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, MARTINEZ MARTINEZ MATILDE, GALVE ROYO AGUSTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723

### 1. TÍTULO

#### UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

La suma de pacientes que solicitan consulta a los Servicios de COT, RHB y Reumatología supone más de 1/3 de las primeras consultas de Atención Especializada. Actualmente existe una demora media de más de 100 días y más de 1300 pacientes pendientes de primera visita en COT. Conocemos además que más de la mitad de los motivos de consulta a COT se beneficiarían antes de una valoración por RHB y sobre todo de una buena comunicación entre niveles que organizándose pueda mejorar la accesibilidad a los fragmentados recursos incluida la fisioterapia. Hoy se cita y después se gestiona, pretendemos gestionar primero y citar después.

##### RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Organización de una Unidad Funcional entre los Servicios de COT, RHB, Reumatología y Atención Primaria
- 2.- Desarrollo de un documento único con criterios y funcionamiento
- 3.- Establecer circuitos de comunicación coordinados interservicios
- 4.- Disminuir y adecuar la demora media de atención a los pacientes con patología musculoesquelética
- 5.- Mejorar la accesibilidad del paciente al sistema
- 6.- Optimizar Recursos
- 7.- Adecuar expectativas de la población

##### MÉTODO

- 1.- Creación de un grupo de trabajo y Elaboración de un Documento Único que regule el procedimiento de atención a pacientes con patología musculoesquelética en el Sector de Teruel, que recogerá circuitos, criterios de derivación, tiempos de respuesta de solicitudes, responsables de priorización y consultas preferentes, circuitos internos y mecanismos de comunicación
- 2.- Difusión a los Centros de SALUD
- 3.- Reuniones (al menos dos) primaria y especializada)
- 4.- Coordinación de los Servicios de admisión y citaciones de Atención Primaria y Hospital
- 5.- Implantación de herramientas como interconsulta virtual
- 6.- Mínimo de 4 reuniones al año del grupo de trabajo
- 7.

##### INDICADORES

- 1.- Demora media:  
Definición del indicador: Definición de demora media:  
Fuente de Datos: HISS  
Valor a alcanzar: inferior a 50 días en las tres especialidades COT, RHB y Reumatología
- 2.- Reclamaciones por demora en la Especialidad de COT  
Definición del indicador: Reducción en el número de reclamaciones por demora ( Número de reclamaciones en 2016- número de reclamaciones en 2017/ número de reclamaciones en 2016 x 100)  
Fuente de Datos: Registro de Servicio de Atención al paciente  
Valor a alcanzar: 50%  
Límite Inferior  
Límite superior
- 3.- Número de interconsultas realizadas por interconsulta Virtual  
Definición del indicador:  
Fuente de Datos: Servicios Centrales/Auditoria  
Valor a alcanzar: 50%  
Límite Inferior  
Límite superior
- 4.- Informe del grupo de trabajo.  
Definición de los indicadores para monitorizar el proyecto y los resultados, incluir la fuente de datos y el estándar (valor a alcanzar y/o los límites superior e inferior de calidad)

##### DURACIÓN

- 1.- Creación Grupo de Trabajo . marzo 2017
- 2.- Elaboración Documento Único: junio 2017
- 3.- Difusión a los centros. Telemática en primer semestre y presencial desde Abril-Diciembre (tres por año)
- 4.- reuniones con Admisión y coordinación recepción de motivos de consulta y circuito de citaciones en segundo semestre 2017
- 5.- Implantación primer trimestre de 2018

##### OBSERVACIONES

Afecta a varias líneas estratégicas, adecuación, continuidad asistencial, atención a tiempo, etc

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1723**

**1. TÍTULO**

**UNIDAD DE MUSCULOESQUELETICO EN EL SECTOR DE TERUEL**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAQUEL PEREZ HERNANDEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES  
GUIMERA GASCON JOSEFINA  
MATEO SORIANO CARMEN  
PEREZ GARGALLO CARMEN  
ROMERO GUILLEN MARIA TERESA  
FERNANDEZ VIÑADO MARIA DOLORES  
PLUMED YUSTE MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se han realizado 4 reuniones con los miembros del equipo para establecer las prioridades y el cronograma más adecuado para realizar el proyecto.  
Marzo: selección de la oportunidad de mejora. Distribución de las actividades a los miembros del equipo.  
Elaboración de indicadores y monitorización.  
Junio: recogida de datos de los indicadores. Se decide suprimir el primer objetivo de "actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica" por no ser pertinente, se sigue realizando la encuesta actual.  
Noviembre: elaboración del documento para una mejora en la comunicación y coordinación entre el personal de admisión, el servicio de Cma y la dirección de enfermería.  
Enero-Febrero: obtención de resultados y elaboración de la memoria.  
Realización de las actas de las reuniones.  
2. Elaboración del documento por los miembros del proyecto para establecer el circuito de comunicación entre los servicios de admisión, admisión de urgencias y Servicio de Cma para disminuir la incidencia de pacientes extraviados el día de la I.Q., disminuir la demora de preparación del paciente por diferentes causas (historia clínica no preparada por no tener el parte quirúrgico en el servicio, paciente en planta de hospitalización en vez de en Cma...)  
3. Elaboración de un excel para la recogida de datos necesarios para la monitorización de la recogida de encuestas contestadas o no contestadas.  
4. Elaboración de un excel para la recogida de datos para la monitorización de los tiempos de espera entre la entrada a la unidad y la entrada a quirófano.  
5. Uso de herramientas cualitativas ( lluvia de ideas, observación directa) y cuantitativas ( encuesta, monitorización de indicadores)

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

\* Se monitorizan las encuestas telefónicas postquirúrgicas por especialidades de marzo a diciembre teniendo en cuenta que no se cierra la unidad en periodo vacacional. Del total de pacientes de Cma ( 670) se excluyen para esta actividad a 464 pacientes de oftalmología por tener consulta al día siguiente de la IQ.( no se les realiza la encuesta). Se les realiza la encuesta a 149 pacientes (72,33%) si incidencias significativas. A 57 pacientes (27,66 %)no se les encuesta por distintas causas( ingreso en hospitalización por orden médica, no cogen el teléfono, datos telefónicos erróneos)  
\* Durante este periodo no se reciben en el servicio de Cma un total de 11 partes de quirófano por diferentes causas ( desconocimiento del celador, olvido de envío desde admisión..). Tampoco se reciben un total de 12 partes modificados. Con la consiguiente repercusión en la demora de preparación del paciente para la intervención quirúrgica.  
\* Con la realización del nuevo documento con las instrucciones debidas para la corrección de estas incidencias. En el periodo de enero y mitad de febrero se reciben en Cma todos los partes de quirófano y los partes modificados.  
\* Incidencias observadas a tener en cuenta:  
- se suspenden 7 intervenciones por incidencias en quirófano.  
- no se presentan 2 pacientes a la IQ.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido al circuito establecido de comunicación entre el Servicio de CMA y el de Admisión han disminuido las incidencias relacionadas al extravío de pacientes y la demora en su preparación para la intervención.  
La encuesta postquirúrgica telefónica realizada tiene una elevada satisfacción y aceptación por parte del paciente.  
El personal de la Unidad ha mostrado una disposición y motivación para llevar a cabo dicho proyecto  
La información y comunicación son dos elementos claves en la organización de la Unidad.

#### 7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/528 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0528

Título  
PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Autores:  
PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, COLLADOS MARTIN MARIA DOLORES, GUIMERA GASCON JOSEFINA, MATEO SORIANO CAMEN, PEREZ GARGALLO CARMEN, ROMERO GUILLEN MARIA TERESA, PLUMED JUSTE MARIA TERESA, FERNANDEZ VIÑADO DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Adecuación  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La idea de poder mejorar el tiempo de espera de los pacientes que acuden a la CMA es una constante que se lleva incidiendo desde que se abrió la unidad.  
En el último año hemos detectado que los pacientes que están en el parte quirúrgico en primer lugar e incluso segundo lugar el tiempo de espera desde su llegada a la unidad con la hora de entrada a quirófano es satisfactorio, pero la problemática se encuentra con los pacientes que están en el resto del parte, debido al aumento de tiempo que esperan hasta que son intervenidos, con la consiguiente disconformidad y emisión de quejas por parte de los mismos o familiares.  
Tb se quiere garantizar una continuidad de cuidados y un control clínico a través de una encuesta telefónica a las 24 horas de la I.Q.

RESULTADOS ESPERADOS  
1. Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica.  
2. Registrar al menos un 80% de las encuestas telefónicas  
3. Elaborar un circuito de comunicación directa para las incidencias entre CMA, Servicio de admisión y Dirección enfermería.  
4. Disminuir la ansiedad previa a la IQ.

MÉTODO  
Por eso hemos decidido mejorar la gestión de tiempos y atención al paciente intervenido en CMA y por especialidades la hora de llegada que desde admisión se comunica a los pacientes (coordinado con el jefe de cada servicio), y la hora de entrada a quirófano.  
Reuniones cada dos meses de los miembros de proyecto (al menos 4/año).  
Elaboración de un registro diario de las horas de llegada al hospital y entrada a quirófano.  
Actualización de la encuesta telefónica postquirúrgica, con valoración del objetivo del proceso de atención.  
Registro del nivel de ansiedad previo IQ.  
Elaborar documento para las familias del paciente intervenido en CMA.

INDICADORES  
1. Pacientes que se les realiza la encuesta telefónica del total de pacientes que pasan por la CMA. Valoración general del proceso de atención >75%  
2. Pacientes que tienen hipertermia postquirúrgica en las primeras 24 horas del total de pacientes intervenidos en CMA.  
3. Nivel de ansiedad previo a la IQ y relación con el tiempo de espera . Hoja de inclusión quirúrgica cumplimentada del total de hojas pacientes intervenidos en CMA.

DURACIÓN  
Enero- Febrero- : definir las actividades a realizar según objetivos marcados y elaboración del Excel para el registro de datos.  
Marzo a Junio: registro de datos del Excel de horas de llegada al hospital y entrada a quirófano  
Marzo a Noviembre: registro de datos de encuestas telefónicas

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0528

### 1. TÍTULO

#### PROYECTO GESTION DE TIEMPOS DE ESPERA EN CMA Y CONTROL CLINICO EN EL POSTOPERATORIO

Julio-agosto-septiembre : Evaluación de tiempos de espera, y modificación de horarios para el último trimestre del año.  
Octubre-Noviembre: registro de horarios modificados  
Diciembre: evaluación de tiempos de espera con los horarios modificados. Y evaluación de los registros de la encuesta de satisfacción.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA TERESA PLUMED JUSTE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. DIRECCION  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREZ HERNANDEZ RAQUEL  
CATALAN EDO MARIA PILAR  
GUILLEN MAICAS NURIA  
FUERTES MUÑOZ MARIA  
SOLER HERNANDEZ ENCARNACION  
ABRIL MARQUES GLORIA MARIA  
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Valoración de varios modelos de pulseras de alergias de diferentes casas comerciales seleccionando una pulsera suave y cómoda, resistente al agua, de color llamativo (malva),ajustable, con cierre inviolable y que permite rotular la alergia.
- Se convoca una reunión con las supervisoras en la que se les muestra la pulsera y se les explica el nuevo procedimiento para que lo difundan al personal de enfermería de sus unidades y seleccionen una responsable que se encargue de realizar los cortes mensuales de los indicadores.
- Justificación de la necesidad de las pulseras y creación de un código serpa para el pedido de estas. Se hace almacenable para que puedan solicitarlo desde todas las unidades.
- Se establecen indicadores y se elaboran las plantillas donde se registrarán mensualmente. Los servicios que realizarán el seguimiento serán las unidades de hospitalización (toco-ginecología, traumatología- urología, cirugía, medicina interna, psiquiatría, especialidades médicas, UCC, UCI) quedando excluida pediatría
- Los indicadores establecidos son:  
Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados en la unidad.  
Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.
- Actualización del protocolo de identificación de pacientes incluyendo el nuevo procedimiento de identificación de pacientes con pulsera de alergia. Se presenta a la Comisión de Cuidados del Hospital para su aprobación.
- Se realiza una nueva reunión con las supervisoras para entregarles las plantillas de los indicadores, proporcionarles el código serpa e iniciar el uso de las pulseras.
- El primer corte de indicadores se realizará el último día del mes de marzo.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Buena aceptación por parte de las supervisoras del nuevo procedimiento.
- Implantación de un material para mejorar la seguridad del paciente hospitalizado.
- Estandarización del trabajo de enfermería a través de un protocolo.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los datos cualitativos de dispondrán a finales del año y en función de los resultados se valorarán las limitaciones que se han encontrado, modificaciones y líneas de mejora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/782 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0782

Título  
MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Autores:  
PLUMED JUSTE MARIA TERESA, RUEDA GRACIA EVA, SOLER HERNANDEZ ENCARNACION, FUERTES MUÑOZ MARIA, GUILLEN MAICAS NURIA, MORTE PASCUAL SUSANA, PEREZ HERNANDEZ RAQUEL, CATALAN EDO MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes alérgicos ingresados en el hospital  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

El registro de las alergias de los pacientes que ingresan en el hospital se realiza en la historia clínica. Los profesionales involucrados en los cuidados del paciente frecuentemente no disponen de la historia clínica en el momento del cuidado a "pie de cama" con el consiguiente riesgo de cometer errores en la administración de la medicación que pueden tener consecuencias graves.  
Una de las maneras para tener identificado al paciente en el momento, sería mediante la colocación de una pulsera en los pacientes alérgicos que ingresen en el hospital reduciendo así los riesgos que se puedan producir durante la práctica clínica.

##### RESULTADOS ESPERADOS

Reducir el riesgo asociado a la administración de medicación mediante la implantación de una identificación de pacientes alérgicos para prevenir errores con la asistencia sanitaria.

Mejorar el sistema actual de detección y control de todos los pacientes con alergias que ingresan en el hospital.

##### MÉTODO

Justificación de la necesidad y creación de un código SERPA para la adquisición de las pulseras.

Definir el proceso de identificación de pacientes alérgicos en el hospital.

Difusión del proceso. Se convocarán reuniones con las supervisoras para que conozcan el nuevo procedimiento y posteriormente ellas serán las encargadas de difundirlo al personal de enfermería mediante sesión clínica para que sea conocido y aplicado en las unidades.

Formación del personal administrativo tanto diurno como de urgencias que prepara y distribuye las pulseras a las unidades.

Se realizarán cortes mensuales de los indicadores.

Encuesta a los profesionales de enfermería sobre la utilidad de la pulsera identificativa de alergias.

Evaluación de resultados. Problemas identificados. Oportunidades de mejora.

##### INDICADORES

Nº de pulseras en pacientes alérgicos/ nº de pacientes alérgicos ingresados por planta (corte mensual)

Nº de reacciones alérgicas registradas en pacientes identificados con pulsera de alergia.

Opinión de los profesionales de enfermería acerca de las pulseras: beneficio/ utilidad. Sugerencias de los profesionales.

##### DURACIÓN

La actividad se desarrollará durante el año 2018 y se pretende mantenerla en el futuro.  
Está prevista la adquisición de las pulseras para la primera quincena de junio y en la segunda quincena comenzar a colocarlas en los pacientes.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados  
-----

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0782

### 1. TÍTULO

#### MEJORA DE LA IDENTIFICACION DE PACIENTES ALERGICOS EN EL AMBITO HOSPITALARIO

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
  - o Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
  - o Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
  - o Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
  - o Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/17 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0017

Título  
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

**Autores:**

CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

**PROBLEMA**

La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.  
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabolico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.  
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.  
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

**MÉTODO**

Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.  
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.  
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluire el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido. En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

**INDICADORES**

Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a a día del tratamiento insulinico.  
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.  
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

**DURACIÓN**

Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.  
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ..... LUIS CIPRES CASASNOVAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un material formativo específico que se ha entregado en la consulta a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento insulínico por primera vez, tanto basal como en pauta bolo-basal. Dicho material didáctico se explicaba durante la consulta de forma adaptada al nivel de comprensión de cada paciente.
- Se ha realizado una monitorización de dichos pacientes cada 3 meses, en la consulta de Endocrinología, realizando una sesión formativa y un repaso de dicho material en cada una de las visitas.
- También se ha llevado a cabo una evaluación del grado de su adecuada cumplimentación, así como de las hipoglucemias ocurridas entre las visitas.
- En cada consulta a su vez se ha realizado el control clínico y analítico de los pacientes, para comprobar la mejoría de su estado clínico, así como de los niveles de glucemia y de HbA1c.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La formación específica e individualizada se ha realizado a un total de 44 pacientes con diabetes tipo 2 que precisaban iniciar tratamiento con insulina dado su inadecuado control glucémico con las medidas y/o el tratamiento previamente establecido.
- Al monitorizar, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a día del tratamiento insulínico, se ha obtenido una media de 8,6 puntos en el nivel de conocimiento y cumplimentación, manteniéndose el adecuado aprendizaje a los 6 meses, favorecido por el repaso trimestral realizado.
- Se ha objetivado una mejoría significativa de los niveles del indicador HbA1c, tanto a los 3 como a los 6 meses de haber iniciado la insulinización y de haber realizado la educación diabetológica. Dichos niveles han sido de media los siguientes:
  - o Niveles de HbA1 antes de iniciar el tratamiento insulínico y realizar la educación diabetológica: 11,4%
  - o Niveles de HbA1c a los 3 meses: 6,4%
  - o Niveles de HbA1c a los 6 meses: 6,6%
  - o Objetivo de referencia de un adecuado control glucémico: HbA1c<7%
- Respecto a la monitorización del número de hipoglucemias ocurridas durante el seguimiento, no se ha producido ningún caso de hipoglucemia grave. Se han producido una media de 3-4 hipoglucemias leves-moderadas durante el seguimiento en seis meses, en la mayoría de las ocasiones ocasionadas por un inadecuado ajuste de los pacientes de la pauta de insulina rápida en relación con la ingesta y el ejercicio que habían realizado, que principalmente se han producido en los primeros 3 meses del inicio del tratamiento insulínico, y cuya sintomatología había sido adecuadamente reconocida por los pacientes.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación diabetológica se considera una parte fundamental en los cuidados del paciente con diabetes tipo 2. Gracias a la educación realizada en los pacientes, utilizando un contenido educativo individualizado y adaptado a su capacidad de aprendizaje, se ha mejorado su conocimiento y sus habilidades para poder asumir el control de su enfermedad e integrar el autocontrol de la diabetes en su vida cotidiana, algo que resulta de especial relevancia en el paciente que precisa comenzar con una pauta de insulinización por primera vez. Fomentar la participación del paciente y dedicar tiempo a la adecuada enseñanza del uso del autoanálisis y autoajuste de insulina ha dado lugar a una mejoría significativa del control glucémico, medido de forma objetiva por los niveles de HbA1c como reflejo del control glucémico de los últimos meses, y a la consecución unos niveles de glucemia adecuados y dentro de los objetivos marcados en los pacientes, minimizando además las posibilidades de que se produjeran episodios de hipoglucemia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/17 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0017

Título  
PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0017

### 1. TÍTULO

#### PROGRAMA DE FORMACION PERSONALIZADA DEL DIABETICO TIPO 2 QUE RECIBE TRATAMIENTO CON INSULINA

**Autores:**

CIPRES CASASNOVAS LUIS, LARDIES SANCHEZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Diabetes  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....

Otro Enfoque.....

**PROBLEMA**

La diabétes méllitus es una enfermedad crónica con posibilidad de desarrollar importantes comorbilidades en dependencia del control metabólico de la misma.  
La educación diabetologica es una parte esencial del tratamiento del diabetico y de ella depende, en gran parte, el control metabólico diario del paciente y que implemente adecuadamente los consejos que recibe.  
El diabetico tipo 2 en tratamiento con insulina precisa una atención especial para que realice correctamente el tratamiento porque, en muchas ocasiones, se trata de una persona mayor y con resistencia al tratamiento insulinico y al autocontrol que el mismo requiere.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Se trata de dar formación individualizada al diabético tipo 2 que precise insulina.  
La formación, que sera individualizada, atendera sobre todo al manejo del autocontrol del tratamiento insulinico y a la prevención de las hipoglucemias.

**MÉTODO**

Se esta elaborando un material especifico para entregar al paciente diabetico tipo 2 que este en tratamiento con insulina tanto basal como en pauta bolo-basal.  
Se trata de un material muy didactico, para que se adapte bien al perfil de paciente, que se le entregara y explicara en la consulta externa de endocrinologia.  
Cada tres meses, tambien en la consulta externa de endocrinologia, se realizara una sesión formativa acerca de este material que incluire el repaso del mismo y una evaluación del grado de su cumplimiento asi como de las hipoglucemias que hayan ocurrido. En la misma consulta se realizara el control clinico y analitico del paciente.

**INDICADORES**

Se monitorizaran, de 1 a 10, tanto el grado de conocimiento del material entregado como su cumplimentación en el día a a día del tratamiento insulinico.  
Tambien el número de hipoglucemiuas que hayan ocurrido.  
La eficacia del proyecto se objetivara en la mejoria de la HbA1c.

**DURACIÓN**

Proyecto para todo 2018 o durante más tiempo en dependencia de los resultados del mismo.  
Las sesiones presenciales formativas en la consulta externa de endocrinologia tendran una duración de 20 a 30 minutos y en las mismas tambien se evaluara el control metabólico del paciente.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ  
· Profesión ..... FARMACEUTICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE  
RODILLA CALVELO FRANCISCO  
HERNANDO QUINTANA NATALIA  
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.

Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, "Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).

Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo

Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutiría en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

• Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.

• Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:

- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).

- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.

- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.

- Validación farmacéutica de la prescripción médica.

- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.

- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).

- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.

- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.

- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.

- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).

En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1414 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1414

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:  
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad. En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

##### MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

##### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentando progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

##### DURACIÓN

- Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.
- Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.
- Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:   
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:   
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:   
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:   
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ALEJANDRO GONZALEZ ALVAREZ

- Profesión ..... FARMACEUTICO/A
- Centro ..... H OBISPO POLANCO
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDO IRENE  
RODILLA CALVELO FRANCISCO  
HERNANDO QUINTANA NATALIA  
ABELLA PEREZ LUIS ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto de calidad se han realizado las siguientes actividades:

Acuerdo en el proceso de unificación de centros de adquisición de medicamentos en el Sector de Teruel necesario para la adecuada gestión y para la optimización de la prescripción electrónica, permitiendo la unificación de bases de datos del aplicativo Farmatools @Dominion t.i. en todos los centros de coste.

Formación inicial en el manejo básico de la prescripción electrónica asistida intrahospitalaria al personal prescriptor y de enfermería (código del curso TES-0754/2018, "Formación básica para el manejo de la prescripción electrónica, noviembre 2018).

Acuerdo en la implantación de la versión web del programa de prescripción electrónica asistida.

Las ventajas inherentes a la implantación de dicho proyecto son múltiples y afectan a cambios estructurales a distintos niveles/capas de trabajo

Por un lado, la unificación de centros y bases de datos repercutiría en una reestructuración tanto física como técnica de los recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia del Sector Sanitario de Teruel.

- Por parte del personal de Farmacia del Sector, se mejora, simplifica y distribuye de manera más eficiente la organización y cargas de trabajo de los Servicios de Farmacia de los Centros Sanitarios. También se homogeneiza la gestión farmacéutica y reestructura la forma de trabajo.

- Por parte del Servicio de Informática las mejoras también son notables; reducción de equipos Servidores/Licencias y reducción de costes y mantenimientos

Por otro lado, dicha implantación mejorará la prescripción, validación y trazabilidad en la dispensación farmacéutica de todos los centros sanitarios una vez consensuados y parametrizados los diferentes Servicios Sanitarios.

Otras ventajas referentes a la integración del sistema son la unificación de almacenes y sistema de gestión de compras, distribución de recursos humanos, homogeneidad de criterios y formas de trabajo, y una rápida implantación de nuevos módulos o aplicaciones.

Una vez se complete la instalación y a la espera de refuerzo en la plantilla de facultativos especialistas en farmacia hospitalaria, las actividades a realizar son las siguientes:

- Unificación de la base de datos de medicamentos del Sector Teruel (dedicación exclusiva de un FEA de farmacia hospitalaria 3 meses).
- Revisión de las fichas de medicamentos y definición de pauta posológica habitual, condiciones de administración, alertas farmacéuticas (dosis máximas, interacción, datos clínicos, etc.) y protocolos de prescripción.
- Prescripción informatizada y asistida por los facultativos del Servicio de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología atendiendo a protocolos consensuados en función del diagnóstico y manejo clínico.
- Validación farmacéutica de la prescripción médica.
- Registro informatizado de la administración de medicamentos por enfermería.
- Explotación informática de datos diagnósticos y de tratamiento para la optimización de resultados (Uso racional de antibióticos en el centro; criterios establecidos por el grupo IRAS-PROA de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria y potenciación del uso de biosimilares como línea estratégica del Departamento de Sanidad).
- Hacer extensible la implantación de la prescripción electrónica en el resto de Servicios clínicos del hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la primera fase del proyecto (establecimiento de los criterios de unificación y gestión de adquisición de medicamentos, acuerdo en la implantación del programa) ha permitido en definitiva la puesta en marcha del proyecto y la formación del personal para el uso del aplicativo.

En la segunda fase, desarrollo e implementación del aplicativo en los Servicios de Digestivo, Cirugía, Traumatología y Neurología, se espera conseguir una mejor gestión a todos los niveles:

a) A nivel clínico: seguridad del paciente. Minimización de las posibilidades de error y de sus consecuencias.

Protocolización de esquemas de tratamiento.

b) A nivel de eficiencia: optimización de la gestión de compras y stocks.

c) A nivel de explotación de datos farmacoterapéuticos y económicos.

Para evaluar el impacto del proyecto se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- % de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados.
- % de servicios clínicos con prescripción electrónica respecto al total.
- % Unidades fármaco biosimilar según indicación / fármaco original.
- DDD/ 100 Estancias grupo terapéutico J01 antibióticos (indicador grupo PROA).
- DDD/100 Estancias subgrupo terapéutico antibióticos (indicador grupo PROA).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

- DDD/100 Estancias principio activo (indicador grupo PROA).  
En la tercera fase, se pretende hacer extensible el uso del aplicativo a todo el hospital.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creciente complejidad en el proceso de utilización de medicamentos puede predisponer a errores de medicación que ocasionen efectos no deseados. Mediante la implantación de sistemas de ayuda a la prescripción se consigue disminuir los errores en procesos manuales de prescripción dado que permite una completa legibilidad de la orden de tratamiento y facilita el trabajo del personal de enfermería para garantizar la seguridad del paciente. Además, con la prescripción electrónica asistida en el ámbito intrahospitalario se logra optimizar los recursos del circuito prescripción-dispensación-administración permitiendo una mejora de la calidad del proceso mediante el uso de protocolos de prescripción, alertas farmacéuticas y condiciones de administración predefinidas. Por estos motivos expuestos anteriormente con el objetivo principal de garantizar la seguridad del paciente en este ámbito y la gestión eficiente del proceso farmacoterapéutico, se aconseja implementar el sistema de prescripción electrónica.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1414 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1414

Título  
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:  
GONZALEZ ALVAREZ ALEJANDRO, NAVARRO PARDO IRENE, RODILLA CALVELO FRANCISCO, HERNANDO QUINTANA NATALIA, AGUNSTIN MORENO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todas las patologías  
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La preocupación por la seguridad del paciente es un aspecto prioritario en la política de calidad de los sistemas sanitarios. En el proceso farmacoterapéutico, desde la prescripción hasta la administración de los medicamentos pueden producirse fallos que ocasionan efectos no deseados. Esto es especialmente frecuente en pacientes polimedicados y con múltiples enfermedades, habituales en los servicios de especialidades médicas. Analizar e identificar las causas que desencadenan los errores médicos resulta fundamental para prevenir su aparición. En este contexto, los sistemas de prescripción electrónica asistida aparecen como una herramienta atractiva para garantizar la seguridad. En nuestro país, el Ministerio de Sanidad y Política Social ha situado la seguridad del paciente como uno de los elementos centrales del ámbito sanitario y, a través de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio, se han establecido como objetivos la identificación y la priorización de los problemas relacionados con la seguridad del paciente.

#### RESULTADOS ESPERADOS

La implantación de la prescripción electrónica en los servicios de nuestro Hospital, supondrá la optimización de los recursos empleados en el circuito prescripción-dispensación-administración, consiguiéndose una mejora de la calidad en el proceso debido principalmente a una completa legibilidad de la orden de tratamiento que facilita el trabajo del personal de enfermería y disminuye los posibles errores de administración derivados de este hecho y errores de cálculo de dosis. De esta forma se disminuyen los posibles errores de medicación derivados de la prescripción, interpretación de la OT y dispensación, como reflejan los resultados del control de calidad realizados en algunos estudios.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1414

### 1. TÍTULO

#### IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA COMO NUEVA TECNOLOGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

##### MÉTODO

Dentro de estas nuevas tecnologías aplicadas al ámbito sanitario se encuadra el sistema de prescripción electrónica asistida (PEA). Este sistema ha demostrado ser una de las principales herramientas para garantizar la seguridad en uno de los procesos fundamentales de la utilización de medicamentos, como es el caso de la prescripción. Se estima que la PEA puede evitar hasta en un 65% los errores de medicación. La incorporación de las aplicaciones informáticas para la prescripción proporciona potenciales ventajas, como las siguientes:

- Informan de manera rápida datos relevantes sobre los medicamentos mediante soportes de ayuda (pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis, prescripción protocolizada, etc.).
- Facilitan la comunicación entre profesionales sanitarios.
- Permiten enlaces con otros programas que mejoran el conocimiento del paciente y su estado clínico, y que pueden influir en la toma de decisiones sobre el tratamiento.
- Logran mantener la confidencialidad sobre los datos del paciente.
- Pueden alertar sobre la necesidad de alguna modificación en la prescripción.
- Aportan información inmediata sobre los costes de tratamiento.
- Fuerzan al prescriptor a elegir entre distintas opciones en campos como la dosis o la vía de administración, y aportan información sobre las pautas habituales de los medicamentos. Esta característica de los programas de prescripción electrónica es la que ha contribuido a reducir en mayor proporción el número de errores de prescripción.

Se ha comprobado que la mayoría de los errores de prescripción clínicamente relevantes se concentran en 3 grupos de medicamentos: antiinfecciosos, agentes cardiovasculares y analgésicos opiáceos. Los tratamientos son cada vez más complejos, cada vez se prescriben más medicamentos y se ha incrementado notablemente la edad de los pacientes hospitalizados.

##### INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con prescripción electrónica respecto al total de pacientes ingresados en el hospital. Este porcentaje irá aumentado progresivamente a medida que se vaya implantando en los servicios.

##### DURACIÓN

a) Primera fase: julio-octubre de 2018. Revisión de todas las fichas de medicamentos del programa para establecer pauta habitual, condiciones de administración, alerta sobre la dosis máxima, alergia, duplicidad o duración del tratamiento, interacciones, ajustes de dosis.

b) Segunda fase: noviembre-marzo de 2018-2019. Elaboración del Procedimiento Normalizado de Trabajo a seguir y reuniones con los facultativos de los servicios. Creación de protocolos farmacoterapéuticos, en los cuales se fija la pauta recomendada, inicio y duración del tratamiento, para facilitar la inserción de los fármacos en el momento de la prescripción de determinadas patologías.

c) Tercera fase: abril-mayo de 2019. Inicio e implantación del programa en la unidad de hospitalización de Neurología y "retirada" final del impreso escrito de la orden de tratamiento. Implantación progresiva en el resto de los servicios del hospital.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NICOLAS GONZALEZ GOMEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO  
CUESTA GALLARDO ISABEL  
GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN  
ALBARRAN ARRIBAS ESTER  
JUBERIAS MOYA PILAR  
MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA  
VICENTE MOYA MARGARITA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo/2017: Realización por parte de M.C. Garitas y A. San Miguel del Curso de formación para formadores realizado en el H. Provincial Nuestra Señora de Gracia (Zaragoza). 8 horas.

##### 4º trimestre del 2017:

- Formación del resto del equipo por parte de las asistentes al curso citado.
- Formación por parte de la empresa suministradora del material necesario para el autocontrol (Roche S.A.) al equipo. Se asistió al personal sobre el aparataje y programa informático.

##### 1º trimestre del 2018:

- Creación y dotación del espacio físico (consulta) preciso para el desarrollo de la actividad. La dirección del centro creó y dotó del material necesario (mobiliario, material informático..) la UAAO ubicada en la planta 3ª del edificio de CCEE.

- Selección de candidatos para ser incluidos en dicho programa. Se seleccionaron 12 candidatos siguiendo los criterios elaborados por el grupo COA de la SAHH junio/2014. Tras explicación detallada sobre los fines del proyecto y su desarrollo ( charla abierta de 60 min. de duración) se procedió a la formación de los candidatos que aceptaron (100%).

- Cada Enfermera se hizo cargo de 2-3 pacientes, se procedió al adiestramiento sobre el manejo del material ( coagulómetro, bolígrafo pinchador, introducción de resultados en la cartilla de autocontrol y/o página web), autodosificación en función de los resultados y aptitud ante la aparición de complicaciones.

##### 2º trimestre de 2018:

- Inicio de la actividad siguiendo el protocolo establecido ( creación de las fichas en el programa informático, consultas de seguimiento, entrega de material..).

##### Material entregado:

- Carpeta que contiene: ficha del paciente con datos demográficos, médicos y administrativos, consentimiento informado, cartilla de seguimiento, información general.

- Coagulómetro portátil, bolígrafo pinchador y tiras reactivas.

- Descarga en el teléfono móvil de la APP y acceso a la web oficial del programa informático (TAONET) facilitada por la casa Roche para introducción de resultados.

- Encuesta de satisfacción sobre el curso recibido.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Encuesta de satisfacción inicial: se les preguntó sobre la calidad del proceso de formación recibida (10 puntos). El 100% respondió a la misma, considerando que la información y formación recibida fue muy adecuada ( 8 pacientes) o excelente (4).

- De los 12 paciente seleccionados 1 renunció al programa por motivos personales y otro tuvo una interrupción prolongada del mismo por motivos médicos.

##### -Problemas que han surgido:

- El principal problema ha sido el manejo del bolígrafo pinchador por parte de los pacientes debido a la utilización de técnicas inadecuadas ( "miedo al pincharse", mala recogida de la muestra..). Con el paso del tiempo dichos errores se han subsanado de manera satisfactoria.

- Dificultades en el manejo en el programa informático. Este problema es mas evidente en los pacientes no acostumbrados al manejo de las nuevas tecnologías. Con el tiempo el mismo se ha subsanado.

- Problemas con el programa informático ajenos al paciente y al hospital.

- Dado los retrasos sufridos en la implantación del programa ajenos al servicio, no hemos podido introducir mas pacientes. Está previsto que en marzo de 2019, 12 nuevos pacientes sean incluidos, esperamos que durante este año sean sobre 40 los pacientes de la UAAO. Se ha ampliado la oferta a los pacientes controlados en Atención Primaria. En la valoración a realizar en el año 2020 podremos dar resultados mas concretos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones provisionales que hemos sacado son:

- Las actividades desarrolladas previas al inicio del autotratamiento han sido satisfactorias.

- Hay que insistir en el adiestramiento inicial, ya que todo al principio les parece muy sencillo, surgiendo los problemas con posterioridad.

- Subjetivamente el grado de aceptación y satisfacción por parte de los pacientes ha sido alto, aunque faltan

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362

### 1. TÍTULO

#### CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

por valorar los resultados de las encuesta entregadas en enero/2019 de los cuales no disponemos todavía.

#### 7. OBSERVACIONES.

En el año 2019 seguiremos con el mismo proyecto.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/362 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0362

Título  
CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINE K EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS, ANGOAS SEGURA JOSE ANTONIO, CUESTA GALLARDO ISABEL, GARITAS ABRIL MARIA DEL CARMEN, ALBARRAN ARRIVAS ESTER, JUBERIAS MOYA PILAR, MARTIN SAN MIGUEL ANUNCIA, VICENTE MOYA MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes Anticoagulados  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Los anticoagulantes orales son fármacos de uso muy extendido en nuestro medio (2.9% de la población de Aragón en 2017, con uso creciente motivado por la mayor esperanza de vida y la ampliación continua de su indicaciones. Son medicamentos, en la mayoría de los casos de uso crónico, de manejo complejo, con frecuentes eventos adversos que motivan frecuentes consultas médicas e ingresos urgentes.  
Se consideran medicamentos de alto riesgo, por lo que la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud, recoge entre sus objetivos para el período 2015-2020 fomentar la implantación de prácticas seguras con estos fármacos.  
El autotratamiento proporciona a los pacientes candidadots importantes ventajas; evitar traslados al centro sanitario, mejora en la calidad de vida y, sobre todo, detectar desajustes de dosis aumentado la seguridad del fármaco.  
Por ello queremos implantar un sistema de autotratamiento con seguimiento en una unidad específica.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
. Crear una ubicación física específica dotada del material y medios necesarios para desarrollar el programa.  
. Seleccionar a un número determinado de pacientes a los que enseñar a realizar e interpretar el INR y actuar en consecuencia de manera correcta. También recibirán la educación sanitaria pertinente que incluirá pautas de actuación ante situaciones especiales.  
. Conseguir que estos pacientes nos comuniquen los resultados y las observaciones clínicas referentes al control de su TAO, de acuerdo al calendario establecido  
. Controlar el suministro de material al paciente, asegurándonos del uso adecuado del mismo.  
.

**MÉTODO**  
. Cursos de educación sanitaria para el logro de los objetivos previstos.  
. Se impartiran cursos a pacientes y a formadores.

**INDICADORES**  
Indicadores y Evaluación  
. Selección de 10 pacientes  
. Registro de los cursos impartidos.  
. Registro de las visitas de los pacientes.  
. Registro de las complicaciones.  
. Registro del material entregado.  
. Encuesta de satisfacción.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0362**

**1. TÍTULO**

**CREACION DE LA UNIDAD DE AUTOTRATAMIENTO DE ANTICOAGULACION ORAL (UAAO) CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K EN EL HOSPITA OBISPO POLANCO DE TERUEL**

DURACIÓN

- . Duración prevista para un correcto funcionamiento de la unidad: 1 año.
- . Mes Mayo: Puesta en marcha de la consulta ( Ubicación, material...)
- . Mes de Junio: fin de selección y formación de pacientes.
- . Auditorias Semestrales ( Noviembre 2018 y Abril 2019 )

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

- 
- MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....
  - DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....
  - MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....
  - GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..
  - ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA CONCEPCION VALDOVINOS MAHAVE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MONTON DITO JOSE MARIA  
MEDINA VIVAS SEBASTIAN  
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS  
FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN  
DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Se realizó una revisión de las recomendaciones de buenas prácticas de la SEMICYUC (Sociedad Española de Cuidados Intensivos) y SAR (Sociedad Española de Radiología)  
- Se desarrolló un protocolo de indicación de realización de Rx de tórax en pacientes ingresados en UCI.  
- Se realizaron reuniones con el personal médico de la UCI para incorporar este protocolo de petición de Rx de tórax  
- Se realizó un registro de las peticiones de Rx tórax de pacientes ingresado en UCI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El resultado ha sido satisfactorio, disminuyendo el número de Rx tórax innecesarias en los pacientes ingresados en UCI, y que no aportaban valor tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de los pacientes

Indicadores:  
1.- Pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del protocolo / Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax x 100  
Estándar de calidad: 90%  
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les realiza RX tórax x 100  
Estándar de calidad: 100%  
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x 100  
Estándar de calidad: 100%  
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación de las peticiones de Rx de tórax de los pacientes ingresados en la UCI  
Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del protocolo de buenas prácticas.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/343 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0343

Título  
IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE "NO HACER" RX TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MONTON DITO JOSE MARIA, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, FERNANDEZ GONZALEZ MARIA CARMEN, DE LA CRUZ ROSARIO LAURA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

##### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Todos los enfermos  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

##### PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto: En las unidades de cuidados intensivos (UCI) se realizan muchas radiografías de tórax rutinarias como complemento al examen del enfermo crítico. La justificación de su realización estaba en la alta prevalencia de hallazgos en el enfermo de UCI. Sin embargo, la interpretación de los estudios que avalaban su realización es dudosa, ya que hay grandes diferencias de metodología y trabajos recientes de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología demuestran su poca utilidad como medio que permita realizar cambios terapéuticos. Esto implica que exista un exceso de exploraciones que podrían evitarse, teniendo en cuenta: el exceso de radiación evitable, el tiempo perdido en exploraciones innecesarias y el gasto hospitalario. La práctica clínica de "no hacer" Rx tórax diaria constituye un indicador de calidad asistencial y de seguridad del paciente crítico. Situación de partida: Falta de estandarización de la realización de Rx de tórax en nuestra UCI. Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados. Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema. La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

##### RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología. -Unificar criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad, disminuir la variabilidad en la práctica clínica, incrementar la seguridad y mejorar la calidad asistencial. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de realizar mejoras en el protocolo según los resultados de la monitorización de los indicadores. -Optimizar la gestión de los recursos humanos y económicos. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

##### MÉTODO

-Instaurar un Protocolo de indicación de realización de Rx de tórax a los pacientes ingresados en la UCI, siguiendo las recomendaciones de buenas prácticas clínicas de las Sociedades de Medicina Intensiva y de Radiología. -Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo (de los enfermos a los que se les solicita Rx tórax y su justificación clínica) e incorporarlo al sistema informático. -Realizar difusión del Protocolo a través de Sesiones clínicas a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos. -Responsables: Equipo médico.

##### INDICADORES

-Nº de pacientes a los que se les solicita Rx tórax cumpliendo criterios de indicación del Protocolo/Total de pacientes a los que se les solicita Rx tórax  
Estándar de calidad: 90%  
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.  
-Registros cumplimentados/Total de pacientes a los que se les realiza Rx tórax x 100  
Estándar: 100%  
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.  
-Personal médico que asiste a las sesiones clínicas de formación/Total de personal médico de la UCI x100  
Estándar: 100%  
Fuente de datos: Registro en Sistema clínico de información.

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

##### DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2018. Fecha de finalización: Marzo 2019.  
Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018.  
Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018.  
Análisis final de resultados: Marzo 2019.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0343**

**1. TÍTULO**

**IMPLEMENTACION DE LA BUENA PRACTICA CLINICA DE " NO HACER" RX DE TORAX DIARIA A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... JOSE MARIA MONTON DITO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION  
MEDINA VIVAS SEBASTIAN  
TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS  
PEREZ MARTINEZ CARMEN  
MARQUES MINGUEZ ISABEL  
TORNERO CARRIO JULIA  
FUERTES CATALAN MARIA TERESA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre nutrición del paciente crítico, haciendo una valoración de las recomendaciones según niveles de evidencia.
- Se desarrolló un guía de práctica clínica nutricional para el paciente que ingresa en UCI, según las recomendaciones de las guías anteriores.
- Se incorporó dicha guía al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI.
- Se desarrolló una "vista" en dicho SIC, que facilitara el cálculo de las necesidades nutricionales del paciente, aconsejara el tipo de dieta a prescribir y realizara un seguimiento diario de los objetivos calóricos y proteicos alcanzados.
- Se realizaron reuniones con el personal de la UCI para incorporar esta guía y el posterior seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado ha sido satisfactorio, mejorando la concienciación en el personal sanitario de la UCI sobre la necesidad de una adecuada nutrición del paciente crítico; disponiendo de una herramienta informática para realizar los cálculos nutricionales, el tipo de nutrición requerida y el seguimiento del estado nutricional del paciente.

#### Indicadores:

1.- Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía x 100

Estándar de calidad: 90%

Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica la Guía x 100

Estándar de calidad: 100%

Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x 100

Estándar de calidad: 100%

Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en la adecuación nutricional y seguimiento de los pacientes de la UCI

Es necesario informar al personal que se incorpore a la UCI sobre la pertinencia del proyecto y las posibilidades del SIC.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/346 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0346

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Título  
IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, MEDINA VIVAS SEBASTIAN, TORRALBA ALLUE JOSE CARLOS, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MARQUES MINGUEZ ISABEL, TORNERO CARRIO JULIA, FUERTES CATALAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan soporte nutricional  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Importancia y Utilidad del proyecto: Hay suficiente evidencia de que el inadecuado soporte nutricional en el paciente crítico es un factor de riesgo independiente de morbilidad, con aumento de la tasa de infecciones, estancia en UCI y hospital, días de ventilación mecánica, dificultad para la cicatrización de las heridas; y de aumento de la mortalidad. Por todo ello, la valoración del riesgo nutricional, la estandarización de las indicaciones de soporte nutricional según la patología, la monitorización nutricional y la detección precoz y manejo de las posibles complicaciones, constituyen indicadores de calidad asistencial del paciente crítico.  
Situación de partida: Falta de estandarización de la valoración y monitorización nutricional en nuestra UCI.  
Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados.  
Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.  
La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El Método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

#### RESULTADOS ESPERADOS

-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos una Guía de práctica clínica nutricional, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición. Estandarizando la valoración de riesgo nutricional y del estado nutricional, las indicaciones de soporte nutricional y la monitorización; y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. -Alcanzar los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión de la Guía. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación.

#### MÉTODO

Elaborar una Guía de práctica clínica nutricional que contemple diferentes aspectos como son: -Estandarizar el momento de indicación y qué herramientas se utilizarán, para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI. -Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional y vía de administración, en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico. -Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Establecer, de acuerdo con laboratorio, un perfil analítico nutricional; que se realizará al ingreso y semanalmente. -Protocolizar la identificación de las posibles complicaciones para detectarlas y tratarlas precozmente. -Inclusión en el informe de alta, de la información sobre la valoración nutricional, resultados de su monitorización y los procedimientos de soporte nutricional (nutrición parenteral, nutrición enteral, suplementos, nutrición complementaria) que ha recibido el enfermo. -Incorporar la Guía clínica al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento de la Guía e incorporarlo al sistema informático. -Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos.  
-Responsables: Equipo médico y de enfermería.

#### INDICADORES

-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía clínica y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en la Guía Clínica x 100  
Estándar de calidad: 90%  
Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información  
-Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica la Guía clínica x 100  
Estándar de calidad: 100%  
Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información  
-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación / Total de personal médico y de enfermería

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0346**

**1. TÍTULO**

**IMPLEMENTACION DE UNA GUIA DE PRACTICA CLINICA NUTRICIONAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

de la UCI x100

Estándar de calidad:100%

Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

**DURACIÓN**

Fecha de inicio: Febrero 2018.Fecha de finalización: Marzo 2019.

Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018

Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018

Análisis final de resultados: Marzo 2019

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ENCARNA MONFORTE ZAFON  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
PEREZ MARTINEZ CARMEN  
MONTON DITO JOSE MARIA  
VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION  
SANCHEZ MOYA MARIA PILAR  
SANCHEZ SANCHEZ MARIA CARMEN  
LOPEZ OLIVAS SOLEDAD  
PASTOR PEREZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
- Se realizó una revisión de las Guías Española, Europea y Americana sobre Nutrición Enteral en el paciente crítico y se desarrolló un protocolo de manejo de N. Enteral, siguiendo las recomendaciones de la guías.  
- Se realizó un protocolo sobre indicación, técnicas de colocación y manejo de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral. Se llegó a un consenso sobre la definición y manejo del Volumen de Residuo Gástrico  
- Se realizó una revisión y protocolización sobre la administración de fármacos a través de SNG  
- Se incorporó dicho protocolo al Sistema de Información Clínica (SIC) de la UCI  
- Se registró el cumplimiento del protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
El resultado ha sido satisfactorio, unificando el manejo de la N. Enteral y de los diferentes tipos de sondas de N. Enteral; así como la administración de fármacos a través de SNG.  
Se ha conseguido unificar los criterios y manejo del Volumen de Residuo Gástrico

Indicadores:

1.- Pacientes que cumplen criterios de inclusión en el protocolo de manejo de N. Enteral y se les aplica / Total de pacientes que cumplen criterios de inclusión en protocolo x 100  
Estándar de calidad: 90%  
Objetivo conseguido 100%

2.- Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica el protocolo x 100  
Estándar de calidad: 100%  
Objetivo conseguido 100%

3.- Personal médico, de enfermería y TCAE que realiza el curso de formación / Total de personal médico, de enfermería y TCAE de la UCI x 100  
Estándar de calidad: 100%  
Objetivo conseguido 100%

Fuente de datos: Registro en el Sistema Clínico de Información de la UCI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora en manejo de la N. Enteral en los pacientes ingresados en la UCI  
Es necesario formar al personal que se incorpore a la UCI sobre la existencia de este protocolo de N. Enteral y manejo de sondas enterales.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/407 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0407

Título  
IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

**Autores:**

MONFORTE ZAFON ENCARNACION, PEREZ MARTINEZ CARMEN, MONTON DITO JOSE MARIA, VALDOVINOS MAHAVE MARIA CONCEPCION, SANCHEZ MOYA MARIA PILAR, SANCHEZ SANCHEZ MARIA, LOPEZ OLIVAS SOLEDAD, PASTOR PEREZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

**TEMAS**

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Soporte nutricional enteral  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

Importancia y Utilidad del proyecto:

En las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) los pacientes presentan estados catabólicos intensos y un grado elevado de estrés. Se ha constatado que el inadecuado soporte nutricional se asocia con un aumento de la morbilidad y de la mortalidad, ya que esta situación conlleva alteraciones bioquímicas, un rápido descenso del peso corporal, masa muscular e inmunidad. Diferentes estudios clínicos confirman que la nutrición enteral (NE): preserva la estructura y función de la mucosa gastrointestinal manteniendo su efecto de barrera, puede evitar o reducir la translocación bacteriana, disminuir la respuesta catabólica y reducir la tasa de infecciones en el paciente crítico.

Debe primar la elección de la NE sobre la parenteral siempre que sea posible debido a que: genera menos complicaciones, es más fácil de administrar, controlar y preparar, es menos traumática y mejor tolerada por el paciente.

Situación de partida: Falta de estandarización de la indicación, valoración y monitorización del soporte de NE en nuestra UCI.

Causas: Falta de protocolos de actuación. Falta de registros sistematizados.

Fuentes de información: Historias clínicas. Revisión de publicaciones relacionadas con el tema.

La técnica de grupo usada para identificar las oportunidades de mejora ha sido Brainstorming en el Grupo de Calidad de la UCI. El método de priorización empleado ha sido la Parrilla de análisis y la Matriz decisional.

**RESULTADOS ESPERADOS**

-Instaurar en la Unidad de Cuidados Intensivos un Protocolo de manejo de NE, siguiendo las recomendaciones de las Sociedades Europeas y Americanas de Medicina Intensiva y de Nutrición. Estandarizando la valoración nutricional, las indicaciones de la NE, la vía de administración, la monitorización y la prevención, detección precoz y tratamiento de las posibles complicaciones; y todas las medidas y actividades a realizar. Unificando criterios de actuación de todos los trabajadores de la Unidad y disminuyendo la variabilidad en la práctica clínica. -Alcanzar el 80% de los objetivos calóricos y proteicos indicados en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Sistematizar la información y elaborar Registros. E incorporar todo ello al sistema de informatización clínica de la UCI. -Facilitar el cumplimiento, accesibilidad de consulta, discusión y posibilidad de revisión del Protocolo. -Ayuda a profesionales de nueva incorporación. -Mejorar la calidad asistencial y la seguridad clínica.

**MÉTODO**

Elaborar un Protocolo de manejo de NE que contemple diferentes aspectos como son: -Estandarizar las herramientas que se utilizarán para la valoración de riesgo nutricional y de estado nutricional al ingreso y la monitorización nutricional semanal durante su estancia en UCI. -Individualizar las necesidades nutricionales y el tipo de soporte nutricional enteral y vía de administración, en dependencia de la patología de ingreso y su estado metabólico. -Cálculo de los objetivos calóricos y proteicos; y alcanzar el 80% en las primeras 72 horas de su ingreso en UCI. -Indicar los tipos de sondas de alimentación y sus indicaciones, las técnicas de colocación y manejo. -Valoración de la tolerancia. -Protocolizar la prevención, la identificación precoz y el tratamiento de las posibles complicaciones. -Protocolizar la administración de fármacos a través de la sonda de NE. -Inclusión en el informe de alta de la información sobre: la valoración nutricional, el tipo de NE, la tolerancia, los resultados de su monitorización y la aparición de posibles complicaciones y su tratamiento. -Incorporar el Protocolo al sistema de gestión de información clínica de la UCI. -Elaborar un sistema de Registro de cumplimiento del Protocolo e incorporarlo al sistema informático. -Realizar Cursos de formación a todo el personal de UCI y al de nueva incorporación. -Diseño de Indicadores y Monitorización de los mismos. -Responsables: Equipo médico y de enfermería.

**INDICADORES**

-Pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo de manejo de NE y se les aplica / Total de pacientes que cumplen los criterios de inclusión en el Protocolo x 100  
Estándar de calidad: 90%

Fuente de datos: Registro en sistema clínico de información

-Registros cumplimentados / Total de pacientes a los que se les aplica el Protocolo x 100

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0407

### 1. TÍTULO

#### IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE MANEJO DE NUTRICION ENTERAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Estándar de calidad:100%

Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

-Personal médico y de enfermería que realiza el curso de formación/Total de personal médico y de enfermería de la UCI x100

Estándar de calidad:100%

Fuente de datos:Registro en sistema clínico de información

Monitorización y revisión del cumplimiento de los indicadores cada 3 meses.

#### DURACIÓN

Fecha de inicio: Febrero 2018

Fecha de finalización: Marzo 2019

Elaboración y difusión del proyecto: Febrero 2018

Puesta en marcha del proyecto: Marzo 2018

Análisis final de resultados: Marzo 2019

Reuniones cada tres meses del Grupo de Calidad de la UCI para evaluar el desarrollo del proyecto, los resultados y las áreas de mejora.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SERGIO ZABALA LOPEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL  
GARZARAN TEIJEIRO ANA  
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha recogido información sobre cada solicitud de teleinterconsulta por parte de los médicos de AP demandantes y de cada acto de respuesta dada por parte de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes, a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018 conforme al calendario previsto.
- Se ha registrado dicha información en una base de datos ad hoc conforme se iban recogiendo los datos.
- Se ha realizado análisis estadístico descriptivo de los datos y se han plasmado los resultados en documento oportuno en las semanas posteriores a finalizar la recogida de datos de acuerdo con el calendario previsto.
- Se han remitido resultados a la Dirección del HOP y a la Dirección de AP para la difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna en los días posteriores a la materialización del documento de resultados, conforme al plazo previsto.
- Se ha efectuado remisión de propuestas de mejora desde Medicina Interna dentro del 4º cuatrimestre del año y mantenido reunión entre profesionales hospitalarios y directivos de ambos niveles, con dos semanas de retraso después de la finalización del año, para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles, buscando compromisos para llevar a cabo acciones de mejora en el futuro.
- El proyecto se da por finalizado el 16 de enero de 2019 (previsto para el 31/12/2018). La elaboración de la memoria del proyecto se produce dentro del plazo programado, antes de la fecha límite preestablecida (28/02/2019).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

##### EVALUACIÓN DE RESULTADOS SEGÚN INDICADORES.

- Indicadores estructurales:
  - = Existencia de formulario de registro de datos:
    - Cumplimiento: Sí.
  - = Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
    - Cumplimiento: Sí.
- Indicadores de proceso:
  - = Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
    - Cumplimiento: Sí.
  - = Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
    - Cumplimiento: 100 %.
  - = Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
    - Cumplimiento: Sí. 1 reunión física. 2 envíos unidireccionales de materiales para puesta en común sin coincidencia física en un mismo espacio (acciones preestablecidas como equivalentes).
- Indicadores de resultado:
  - = Existencia de documento de resultados de análisis descriptivo de los datos:
    - Cumplimiento: Sí.
  - = Remisión y difusión de resultados:
    - Cumplimiento: Sí (consta la remisión).
  - = Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
    - Cumplimiento: Sí (consta la búsqueda de compromisos).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se genera una disminución de la frecuentación de primeras visitas en las CCEE de MI en la medida que una parte (aprox. un 40%) de las interconsultas virtuales (IV) se resuelven sin tales desplazamientos por parte de los pacientes.
- No siempre se acompaña la solicitud de IV de la información suficiente. Por este motivo, en no pocas ocasiones la respuesta pasa por indicar una consulta presencial posterior para el paciente. Una mejora a considerar en esta línea es que las peticiones de interconsulta virtual desde AP se acompañen de mayor y mejor información acerca del paciente y de sus problemas motivadores de la IV.
- Diez facultativos de AP (aprox. el 11 %) han generado el 43,75 % de las IV del periodo. Este es un hecho a analizar y un potencial campo de mejora. No tenemos conocimiento de la orientación en el abordaje asistencial propio de cada CS. Este sería un aspecto a considerar en común entre ambos niveles asistenciales para buscar

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

aspectos a mejorar.

- No necesariamente todas las IV con petición de consulta presencial han terminado en ella, ni todas las IV con otras peticiones (valoración de casos para orientación o gestión de procedimientos diagnósticos o terapéuticos) han evitado una consulta presencial. Una potencial mejora en este aspecto es el "afinar" en estas respuestas cruzadas en evitación aún mayor de desplazamientos innecesarios del paciente a la vez que "afinar" en la expectativa del facultativo demandante, mediante una mejor y más fluida información acerca del paciente, el problema que motiva la demanda y las actuaciones asistenciales llevadas a cabo acerca de ello.
- Aun con variabilidad entre las respuestas que los especialistas de MI han dado a las IV, todos ellos han dado indicación de proceder a una consulta presencial en un intervalo porcentual similar predominante sobre otras respuestas, dando consistencia al resultado global. En este aspecto, una acción de mejora potencial puede ser el establecimiento de unos criterios más explícitos y comunes a la hora de emitir sus respuestas.
- Acerca de la calidad de las peticiones de IV, destacar que casi un 12 % del total se han considerado peticiones mal orientadas hacia las CCEE de MI, lo que supone una utilización inadecuada de un recurso (y lo que implica en dedicación y en coste/oportunidad). Pero sobre todo destacar que en casi el 20 % de las IV se ha considerado que ha habido una evaluación clínica previa insuficiente por parte del facultativo de AP antes de proceder a la IV y en casi un 7 % se ha considerado que se ha generado la IV sin una evaluación clínica previa (entre ambas más de un cuarto de las IV emitidas hacia MI). Son estos tres aspectos claramente mejorables. Para ello, el facilitar y el fomentar el acceso a las fuentes de conocimiento clínico-asistencial a través de la inmediatez que proporcionan las herramientas informáticas y proporcionar disponibilidad respecto a procedimientos diagnóstico-terapéuticos procedentes para la asistencia completa en el nivel de la AP, son medidas necesarias e imprescindibles para que los facultativos de ese ámbito asistencial puedan desarrollar su labor con la máxima calidad y motivación.
- De la aportación y puesta en común de las propuestas de mejora emitidas no se han derivado acciones de plasmación en documentos guía de objetivos, planes, proyectos y calendarios que comprometan en la consecución de las mismas mediante liderazgos oportunos para impulsarlas.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/163 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0163

Título  
ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

Autores:  
ZABALA LOPEZ SERGIO, SAURAS HERRANZ MIGUEL ANGEL, GARZARAN TEIJEIRO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Adultos

Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Enfermedades en general del adulto susceptibles de atención especializada por Medicina Interna.

Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: Mejora de la Práctica Clínica

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Recientemente se ha puesto en funcionamiento el servicio de Interconsulta Virtual (IV) dentro del sistema de Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud. Tras una primera fase de implantación, posteriormente se han canalizado a través de esta herramienta todas las solicitudes tanto de valoración especializada de casos para dar orientación a la actuación de los médicos de familia en Atención Primaria (AP), como de peticiones de consulta presencial para la asistencia especializada (AE) directa al paciente.

La oportunidad que nos brindan los registros de dimensionar estos aspectos y aumentar el conocimiento que tenemos sobre ellos para encontrar aquellos factores mejorables de la actividad de interconsulta especializada, que plausiblemente ha de conllevar una mejora de la calidad del servicio prestado por médicos de familia y especialistas a los pacientes de nuestro sector sanitario, nos mueve a proponer este proyecto.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163

### 1. TÍTULO

#### ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA

##### RESULTADOS ESPERADOS

###### · OBJETIVO PRINCIPAL:

Analizar y evaluar la actividad de teleinterconsulta desde AP hacia Medicina Interna General en el sector sanitario del Hospital Obispo Polanco (HOP) de Teruel, buscando oportunidades de mejora.

###### · OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- Establecer un feedback con los médicos de familia de los centros de salud para aumentar su conocimiento de la realidad de la demanda de actividad de AE y las respuestas ofrecidas a través de la herramienta informática de IV en nuestro sector.
- Intercambiar y consensuar propuestas de mejora en aquellos aspectos que puedan identificarse como factibles de mejorar.

##### MÉTODO

- Recogida de información sobre cada solicitud de teleinterconsulta y de cada acto de respuesta dada por parte de los médicos de AP demandantes y de los internistas de nuestro hospital que contestan las solicitudes.
- Registro de dicha información en una base de datos ad hoc.
- Análisis estadístico de los datos. Plasmación de resultados en documento oportuno.
- Remisión de resultados a la Dirección del HOP, a la Dirección de AP y a los coordinadores de Equipos de AP. Difusión de resultados entre los profesionales de AP y de Medicina Interna.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
- Búsqueda de compromisos en esas reuniones para llevar a cabo los proyectos de mejora en el futuro.

##### INDICADORES

- Indicadores estructurales (medios para recogida de información):
  - = Existencia de formulario de registro de datos:
    - Estándar: Sí.
  - = Existencia de base de datos informática para gestión de los datos.
    - Estándar: Sí.
- Indicadores de proceso:
  - = Número absoluto de registros cumplimentados, por periodos trimestrales:
    - Estándar: Sí se recoge el nº.
  - = Porcentaje de registros cumplimentados respecto al total de teleinterconsultas a través de IV, acumulado por periodos trimestrales:
    - Estándar: > 90 % (acumulado).
  - = Número de reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos de mejora factibles.
    - Estándar: = 3 (se consideran equivalentes también acciones de puesta en común de los materiales aun sin coincidencia física en un mismo espacio; si factores externos al equipo impiden la bidireccionalidad, se considerará cumplimentado si hay unidireccionalidad).
- Indicadores de resultado:
  - = Existencia de documento de resultados de análisis estadístico de los datos:
    - Estándar: Sí.
  - = Remisión y difusión de resultados:
    - Estándar: Sí consta la remisión.
  - = Constancia de la búsqueda de compromisos para llevar a cabo proyectos de mejora futuros:
    - Estándar: Sí consta la búsqueda de compromisos.

##### DURACIÓN

- Recogida de información sobre solicitudes y respuestas de teleinterconsultas y registro en la base de datos: a lo largo de los 3 primeros trimestres de 2018. Se necesita un tiempo de recogida de datos dilatado para obtener significación en los resultados relativos a centros de salud de menores dimensiones.
- Análisis estadístico de los datos y plasmación de resultados en documento oportuno: en las 3 semanas posteriores a finalizar la recogida de datos.
- Remisión y difusión de resultados: en la semana posterior a la materialización del documento de resultados.
- Reuniones entre profesionales y directivos de ambos niveles asistenciales para identificar áreas de mejora y proponer y consensuar proyectos futuros de mejora factibles buscando compromisos para llevarlos a cabo: en el resto del 4º trimestre de 2018.
- Finalización del proyecto: 31 /12/2018. Plazo de elaboración de la memoria del proyecto: 28/02/2019.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0163**

**1. TÍTULO**

**ANALISIS DE LA DEMANDA DE TELEINTERCONSULTA DESDE ATENCION PRIMARIA HACIA MEDICINA INTERNA GENERAL EN EL SECTOR SANITARIO DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL. BUSCANDO OPORTUNIDADES DE MEJORA**

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE ..... RAFAEL FERNANDEZ SANTOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERNAD USON MARIA ANTONIA  
CARRASCO BONILLA SILVIA  
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA  
ECED BELLIDO CONCHA  
GARZARAN TEIJEIRO ANA  
MORENO LUCENTE ISABEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

##### 1.- REUNIÓN PREVIA AL INICIO DEL ESTUDIO:

Reunión del Equipo de Mejora, acuerdo del formato para la recogida de datos y distribución de funciones de cada miembro del Equipo.

##### 2.- ESTUDIO PROSPECTIVO JULIO-DICIEMBRE DE 2018:

Elaboración de bases de datos informatizadas con las variables consideradas de interés para su posterior análisis. Estudio para la valoración del seguimiento de las recomendaciones en la utilización de catéteres vesicales, y el desarrollo de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical (ITU-CV) en pacientes ingresados en la Planta de Medicina Interna (densidad de incidencia).

Recogida diaria de datos.

Informatización diaria de los datos con revisión semanal de los pacientes incluidos en la base.

##### 3.- REUNIÓN FINAL DEL EQUIPO DE MEJORA:

Una vez concluida la recogida de datos y el análisis de los mismos, los componentes del Equipo de Mejora se reunieron para su valoración, decidir si recomendar la implementación de los formatos que se habían utilizado durante el estudio realizado en el primer semestre de 2016, y/o proponer otras posibles acciones que pudieran contribuir al control de ITU-CV.

##### 4.- COMUNICACIÓN DE RESULTADOS:

Tras la finalización del estudio y el análisis de los datos, en la última semana de enero se comunicaron los resultados y las conclusiones tanto al personal de enfermería como a los facultativos de Medicina Interna.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado de los indicadores de seguimiento establecidos para valorar la consecución de los objetivos, y por tanto la efectividad del Proyecto fue el siguiente:

##### Estructura:

Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical", elaborado en 2015 ..... Sí

##### Proceso:

Media de días de uso de catéter vesical ..... 7,9 días

##### Resultado:

Densidad de Incidencia de ITU-CV ..... 4,93 infecciones urinarias por 1000 días de catéter vesical

Al realizar el análisis comparativo de los resultados del estudio, con los obtenidos en el que se llevó a cabo en el periodo enero-junio de 2016, se observa que:

- el número de pacientes ingresados fue un 10% menos que en el periodo de estudio anterior (547 vs 608 pacientes) y el porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical se redujo en un 0,7 % (14,1% vs 14,8%)

- el registro del motivo por el que se indicaba la cateterización vesical en la Planta fue del 60 %, porcentaje un 13,3 % inferior al estudio realizado en enero-junio de 2016 con la utilización del formato diseñado al efecto, aunque un 23,4 % superior al periodo previo, cuando, al igual que en el actual estudio, no se utilizaba formato alguno

- el tiempo medio de cateterización vesical por paciente se incrementó en 1,9 días (de 6 a 7,9 días), pasando los días de uso de catéter vesical de 540 a 609

- la densidad de incidencia de ITU-CV descendió de 9,26 a 4,93 por 1000 días de catéter vesical.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las estrategias que se han mostrado más efectivas para reducir las ITU-CV son evitar los cateterismos innecesarios y la retirada precoz del catéter cuando ya no exista indicación. En el estudio realizado en el periodo enero-junio de 2016 se comprobó que la implementación de estas medidas, facilitada por la utilización de formatos diseñados al efecto, consiguió reducir tanto el número como la duración de los cateterismos vesicales.

Los resultados obtenidos en este estudio, realizado dos años después, ponen de manifiesto el mantenimiento en el tiempo del principal objetivo de la aplicación de las medidas recomendadas para la prevención de ITU-CV: la reducción de la densidad de incidencia de ITU-CV.

Probablemente, las lecciones aprendidas y los hábitos adquiridos tras la elaboración y difusión en 2016 del documento con las recomendaciones basadas en la evidencia, hayan contribuido a la consecución de este objetivo. No obstante, se ha producido un incremento del tiempo medio de cateterización vesical por paciente

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

en relación al periodo enero-junio de 2016, cuando se utilizó un formato para el registro para la valoración diaria de la necesidad de mantenimiento del catéter vesical.  
No es posible determinar si este incremento se ha debido a que no se ha valorado diariamente la posibilidad de retirada del catéter vesical o si ha sido consecuencia de las condiciones de los pacientes (hecho que sugiere el porcentaje de recateterizaciones que han sido precisas), aunque lo más probable es que ambas circunstancias hayan contribuido. En cualquier caso, la utilización del formato es posible que sea una medida efectiva para reducir la duración de cateterismos vesicales cuando no son necesarios.  
Tanto el menor número de pacientes ingresados en Medicina Interna, como la reducción del porcentaje de pacientes con inserción de catéter vesical, así como una parte de la disminución en la densidad de incidencia de ITU-CV pueden deberse a que los pacientes clasificados como crónicos complejos (más susceptibles al desarrollo de infecciones) actualmente ingresan en su Unidad específica, mientras que en 2016 habitualmente ingresaban en Medicina Interna.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1450 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1450

Título  
PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

Autores:  
FERNANDEZ SANTOS RAFAEL, BERNAD USON MARIA ANTONIA, CARRASCO BONILLA SILVIA, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, ECED BELLIDO CONCHA, GARZARAN TEIJEIRO ANA, MORENO LUCENTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Durante el segundo semestre de 2015, momento en el cual no se disponía de un procedimiento con recomendaciones basadas en la evidencia sobre indicación, técnica de inserción y mantenimiento de catéteres vesicales (CV), se realizó un estudio prospectivo para evaluar la utilización de CV y la densidad de incidencia (DI) de infecciones del tracto urinario (ITU) en el Hospital Obispo Polanco. Tras la elaboración de un procedimiento de cateterismo vesical basado en la evidencia, durante el primer semestre de 2016 se llevó a cabo un nuevo estudio prospectivo para valorar su seguimiento y la contribución al resultado en términos de reducción de pacientes en los que se utilizó CV, días de utilización del dispositivo e ITU asociadas a CV, evidenciándose una reducción importante en los tres indicadores.

Alcanzar los mejores resultados es un proceso progresivo en el que no debe haber retrocesos. Tan importante como la consecución de los objetivos es el mantenimiento de los resultados en el tiempo. La base del modelo de mejora continua de la calidad es la autoevaluación, en la que se detectarán puntos fuertes que hay que tratar de mantener, y áreas en la que debemos incidir para mantener o mejorar los resultados.

En el estudio EPINE-EPPS realizado en el hospital en mayo de 2018, de los 31 pacientes estudiados en la planta de Medicina Interna, dos eran portadores de CV, cumpliendo uno de ellos criterios de ITU asociada a CV.

RESULTADOS ESPERADOS  
- Valorar el seguimiento de las medidas y la efectividad en el tiempo en base a los resultados tras la implementación en 2016 del Protocolo de "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical".

MÉTODO  
Las actividades del Proyecto están encaminadas a la comprobación del mantenimiento de las mejoras obtenidas tras la adhesión de los profesionales a las actividades fundamentales en la utilización de CV.  
La implementación de este Proyecto requiere un enfoque multidisciplinar que incluye médicos, enfermeras y expertos en prevención de infecciones.  
Las actividades previstas, que serán desarrolladas con la participación de todos los componentes del equipo

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1450

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE IMPLEMENTACION DE MEDIDAS RECOMENDADAS EN EL MANEJO DE CATETERES VESICALES EN EL MEDIO HOSPITALARIO: SEGUIMIENTO Y EFECTIVIDAD EN EL TIEMPO

de mejora, son:

- Estudio prospectivo para la valoración del seguimiento de recomendaciones en la utilización de CV, y desarrollo de ITU asociadas a CV en Medicina Interna.
- Comunicación de resultados al personal de Medicina Interna.
- Valoración de la nueva implementación de medidas que habían dejado de utilizarse u otras que se consideren que pueden contribuir a la disminución de ITU asociadas a CV.

#### INDICADORES

##### Estructura:

- Disponibilidad en Medicina Interna del protocolo "Recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéter vesical", elaborado en 2015.

##### Proceso:

- Días de uso de CV.

Numerador: N° días de uso de CV.

Denominador: N° pacientes con CV.

##### Resultado:

- Densidad de Incidencia de ITU asociada a CV.

Numerador: N° casos nuevos de ITU asociada a CV en el periodo x 1000.

Denominador: Pacientes-día con catéter vesical.

Los resultados de los indicadores se compararán con los obtenidos en el estudio realizado tras la implementación del protocolo de recomendaciones basadas en la evidencia, que se llevó a cabo en el primer semestre de 2016.

#### DURACIÓN

- Julio-Diciembre 2018:

Estudio prospectivo del seguimiento de utilización de CV y desarrollo de ITU asociadas a CV.

- Enero-Febrero 2019:

Análisis de datos y comunicación de resultados.

Duración total del Proyecto: 8 meses.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

### 1. TÍTULO

#### BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALICIA LACASA SANCHEZ  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
RUIZ CRIADO JORGE  
FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO  
GASCON FUERTES ESTHER  
ACERO CARRERO ALMUDENA  
VILAR BONACASA BEATRIZ  
FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
TECNICA BUTTTONHOLE

La técnica de buttonhole siempre se puncionará por el mismo orificio con agujas con filo, intentando reproducir las punciones, con el mismo ángulo de punción la misma fuerza y orientadas las agujas en el sentido del flujo sanguíneo para minimizar riesgo de sangrado una vez retiradas las agujas.  
La técnica siempre la tendrá que realizarla la misma enfermera formada hasta que se realice el túnel fibrótico de tejido cicatrizal.  
Se utiliza medidas asépticas y técnica de doble asepsia.

En sucesivas punciones antes de insertar la aguja se retirará la costra (doble asepsia) y se volverá a puncionar por el mismo orificio, de esta forma hasta que se cree el túnel 5-12 sesiones.  
Una vez realizado el túnel se utilizarán agujas sin filo y puede realizar la punción el resto de personal de enfermería formado.

Esta técnica se puede realizar con un dispositivo de policarbonato, que obtura el orificio de punción hasta la siguiente sesión con esta disminuimos el tiempo de creación del túnel cicatrizal a través del cual puncionaremos con agujas sin filo.

La técnica de buttonhole como ya hemos mencionado disminuye significativamente el dolor a la punción por lo que los enfermos se podrían beneficiar de la técnica disminuyendo su disconfor y malestar.

Con esta técnica se preserva el acceso vascular ya que al usar agujas sin filo la pared íntima del acceso vascular no se deteriora al no lesionarse en las punciones.

La única complicación que describen algunos estudios es la posibilidad de aparición de signos de infección a nivel de los accesos vasculares, pero en los últimos estudios publicados usando la técnica de doble asepsia y dispositivos biohole (obturadores de policarbonato) no se han descrito signos de infección en sus estudios.  
OBJETIVOS

Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arteriovenosas complicada o de difícil acceso.  
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.  
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

#### METODOLOGÍA

Una enfermera (supervisora) se formó en la técnica de BH y desarrolló protocolo. Posteriormente se impartió formación al resto del personal de enfermería.

Se ha revisado protocolo, pendiente de ser revisado por la comisión de cuidados del Hospital Obispo Polanco para su posterior publicación en el portal del Salud.

Se imparten sesiones formativas en el ciclo de sesiones propuestas por la Unidad de Hemodiálisis de 22 de Febrero 2018 a 26 de Mayo de 2018 así como talleres prácticos en sala con personal de la Unidad, en el mes de Octubre de 2018 se vuelve a impartir otra sesión clínica para todo el personal de la Unidad de Hemodiálisis

Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) son necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis (nuevas incorporaciones), dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

La población diana son todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis, con fístulas de difícil canalización o que sufren disconfort en las punciones

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

### 1. TÍTULO

#### **BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS**

Los motivos de inclusión han sido FAVI con reducida área de punción y disconfort en las punciones.

Se dispone de dispositivo de policarbonato con el cual hemos realizado el buttonhole

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los tres objetivos propuestos:

- Se ha incorporada la técnica en la Unidad, el 100% del personal es conocedora y utilizan la técnica. Se han realizado sesiones formativas las cuales se siguen programando periódicamente.

- A fecha 31 de Diciembre del 2018 el número de enfermos a los que se les ha realizado la técnica de buttonhole han sido 6 enfermos, el 100% de los enfermos que estaban en hemodiálisis con una fístula de difícil punción o sufrían disconfort a las punciones.

- Nuestra experiencia ha sido esta:

De estos enfermos la edad media al empezar la técnica es de: 68,833 DE:13,01

De los seis enfermos en los que hemos aplicado el método de BH, en cuatro de ellos se realizó el túnel con dispositivo de policarbonato que obturaba el punto de punción (biohole), en estos casos el tiempo para la creación del túnel disminuyó respecto a los que no lo utilizaron. En dos de los casos el túnel se logró crear en 5 sesiones y en los otros dos en 8 sesiones.

De los 6 enfermos incidentes 5 son hombres y 1 mujer.

Tiempo de hemostasia con buttonhole: media de 4,53 minutos DE:2.458

Tiempo de hemostasia previo al buttonhole: media 4.64 minutos (DE: 0.86)

Reducción estadística significativa con respecto al tiempo de hemostasia sin buttonhole.

Sensación de dolor según escala EVA (dolor 1-10) con buttonhole: media 2.530 DE:2.45

Sensación de dolor según escala EVA (dolor 1-10) sin buttonhole: media:5.180 DE:1.77

Disminución significativa de la percepción del dolor según escala EVA de los enfermos a los cuales se les ha realizado el buttonhole

No se han evidenciado la aparición de aneurismas

No se han evidenciado signos de infección en ninguno de los enfermos realizando en todos los casos técnica de doble asepsia.

Las presiones intradiálisis venosas y arteriales no han tenido cambios significativos con respecto a los enfermos sin buttonhole.

Al finalizar el año 2018 el número de enfermos prevalentes con buttonhole son 8.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra experiencia es una técnica adecuada para enfermos con fístula de difícil punción y escaso desarrollo así como para enfermos que refieren un grado elevado de sensación de dolor.

Disminuye significativamente tanto la sensación de dolor como el tiempo de hemostasia, no han aparecido aneurismas y tampoco signos de infección.

Se necesita un personal formado y altamente motivado para que así, una vez instaurada la técnica se consolide.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/179 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0179

Título  
BUTTONHOLE: TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS. INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS

Autores:  
LACASA SANCHEZ ALICIA, RUIZ CRIADO JORGE, FERNANDEZ RODRIGUEZ FRANZ MARCELO, GASCON FUERTES ESTHER, ACERO CARRERO ALMUDENA, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, VILAR BONACASA BEATRIZ, FUERTES JARQUE MARIA CONCEPCION

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0179

### 1. TÍTULO

#### **BUTTONHOLE TECNICA PARA ACCESOS VENOSOS NATIVOS COMPLICADOS, INSTAURACION Y SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS**

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: enfermos renales en tratatamiento en hemodiálisis  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Otros  
Otro tipo Objetivos: mejora canalizacion de accesos vasculares problemáticos en diálisis

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En los últimos años el envejecimiento de la población hace que los pacientes que se inician en Hemodiálisis sean mayores de 60 años. Esta nueva situación conlleva y trae asociado una mayor comorbilidad de nuestros pacientes, y número de patologías, que contribuyen a un peor estado del acceso vascular (peor desarrollo con mayor dificultad para la punción).  
La evidencia científica coincide en la importancia de los cuidados enfermeros efectivos en la FAVI para conseguir una técnica de punción adecuada de la misma y un óptimo desarrollo y permeabilidad de esta, prolongar su supervivencia y minimizar las complicaciones relacionadas con su disfunción (estenosis, aneurismas, trombosis, infección...).

#### RESULTADOS ESPERADOS

Incorporar en esta técnica de punción a los enfermos portadores de fístulas arterio-venosas complicada o de difícil acceso.  
Realizar este tipo de punción en los enfermos que sufren disconfor a la hora de las punciones.  
Mostrar la experiencia en nuestra unidad de Hemodiálisis tras la incorporación de la técnica de buttonhole en la práctica clínica diaria.

#### MÉTODO

Revisar protocolo de creación de buttonhole y canalización del mismo/.  
Impartir las sesiones informativas (clínicas y prácticas) necesarias con el fin de formar a todos los miembros del equipo de hemodiálisis, dotándolos de confianza y seguridad a la hora de realizar esta actividad asistencial.

#### INDICADORES

La población diana serán todos los enfermos prevalentes e incidentes de nuestra unidad en programa de hemodiálisis.  
Al finalizar el año se valorará el número de enfermos que han empezado con esta técnica y en cuantos de ellos ha sido posible la creación con éxito del buttonhole.  
En cada enfermo con buttonhole se medirán los siguientes parámetros:  
- tiempo en el que se realiza el buttonhole  
- tiempo de hemostasia  
- formación de aneurismas  
- cuantificación de dolor según escala EVA  
- presiones intradiálisis arterial y venosa  
- signos de infección.

#### DURACIÓN

El tiempo estimado es de un año prorrogable.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ALMUDENA ACERO CARRERO  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
RUIZ CRIADO JORGE  
VICENTE VICENTE ANA  
GASCON FUERTES ESTHER  
NAVARRO BURIEL MARIA PILAR  
SORIANO PUERTOLAS ISABEL  
ALARCON DIAZ LORENA  
CAMELO HERNANDEZ ROCIO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al inicio del proyecto se realizaron 2 sesiones informativas a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad. Se creó una hoja en word para la recogida de los datos que incluía: variables personales, variables de hemodiálisis, Índice de Barthel, Índice de Charlson, Comorbilidad previa a la diálisis y Test Delta. Se han recogido todos los datos anteriores de todos los pacientes de la unidad de hemodiálisis al inicio del proyecto y de todos los pacientes incidentes en nuestra unidad hasta Dic 2018. Además se ha recogido el tiempo dedicado por parte de enfermería y auxiliares a cada paciente de la unidad en su situación basal y nuevamente si ha presentado algún ingreso que ha podido aumentar su grado de dependencia. Hasta el momento se han cumplido los plazos marcados en el proyecto.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han incluido en el estudio a 45 pacientes (35 prevalentes y 6 incidentes). Respecto a la comorbilidad de nuestros pacientes medida por el Índice de charlson el 93.33% de los pacientes han presentado una comorbilidad elevada (Charlson >3) y un 6.6 % presentaron una comorbilidad baja (Charlson 2). El tiempo medio dedicado por el personal de la unidad a cada paciente ha sido de unos 50 min. Respecto del grado de dependencia, según el Índice de Barthel: 48.88% Independientes, 28.88% dependencia leve, 4.4% dependencia moderada, 13.33% dependencia grave y 4.4% dependencia total. Según el Test Delta: 35.55% pacientes válidos, 31.11 % asistidos leves, 15.55% asistidos moderados y un 17.75% asistidos severos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los miembros del equipo de calidad y el personal de la unidad de hemodiálisis ha colaborado en la recogida de datos. Los datos obtenidos reflejan la situación de los pacientes de nuestra unidad, objetivándose una comorbilidad muy elevada que concuerda con un grado de dependencia moderadamente elevado. Menos del 50% de nuestros pacientes son válidos (por test Delta) o independientes (por I. Barthel). A mayor comorbilidad, mayor grado de dependencia que conlleva una mayor tiempo de dedicación por parte del personal de hemodiálisis a cada paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

se retira del proyecto a Pedro José Hernández Arnau y en su lugar incluimos a María Pilar Navarro Buriel

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/204 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0204

Título  
EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Autores:  
ACERO CARRERO ALMUDENA, RUIZ CRIADO JORGE, VICENTE VICENTE ANA, HERNANDEZ ARNAU PEDRO JOSE, GASCON FUERTES ESTHER, SORIANO PUERTOLAS ISABEL, ALARCON DIAZ LORENA, CAMELO HERNANDEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología .....: Otro (especificar en el apartado siguiente)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

Otro Tipo Patología: Hemodialisis  
Línea Estratégica .: Crónico complejo  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En los últimos años, las características de los pacientes que inician una terapia de sustitución renal con hemodiálisis han cambiado debido fundamentalmente al envejecimiento de la población. La edad ha dejado de ser un criterio de exclusión para el inicio de Hemodiálisis, siempre que exista un pronóstico de vida superior a un año. Esto implica una mayor comorbilidad y un aumento de las necesidades de los pacientes de las unidades de hemodiálisis, estando íntimamente relacionado con el grado de dependencia de cada paciente. Los pacientes presentan una mayor discapacidad física, una menor autonomía y autocuidado, una mayor dificultad para conseguir un acceso vascular óptimo, un aumento de la necesidad de catéteres permanentes e incluso un aumento de curas locales por lesiones isquémicas.  
El cuidado de los pacientes sometidos a hemodiálisis requiere de un equipo multidisciplinario, nefrólogo, enfermera, auxiliar de enfermería, celadores, etc..  
El personal de enfermería es quién establece un contacto más directo y personalizado con los pacientes, procurando una optimización del tratamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente estudio es determinar el grado de dependencia funcional actual de nuestros pacientes. Comparar los resultados obtenidos al utilizar como instrumentos de valoración el índice de Barthel y el Test Delta (comprobar si hay diferencias en cuanto al grado o nivel de dependencia).  
Adecuar y ajustar los cuidados que precisan los pacientes según su grado de dependencia.  
Analizaremos la carga de trabajo del personal de enfermería para intentar organizar las salas de hemodiálisis según los grados de dependencia de los pacientes para garantizar una atención adecuada e individualizada.

#### MÉTODO

Se realizarán sesiones informativas, previas al inicio del proyecto, a todo el personal de la unidad (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) para explicar el proyecto de calidad.  
Se realizará una hoja de recogida de datos mediante el programa Excel.  
Se recogerán los siguientes datos de cada uno de los pacientes incluidos: nombre, apellidos, sexo, edad, fecha inicio de hemodiálisis, tiempo en hemodiálisis, tipo de transporte, puntuación de los índices de dependencia Barthel y Delta, índice de Charlson para valorar comorbilidad y tiempo dedicado por parte del personal de enfermería a cada paciente  
Para evaluar el grado de dependencia se utilizarán el índice de Barthel y el Test Delta.

#### INDICADORES

Realizar ambos índices de dependencia a todos los pacientes prevalentes e incidentes en Hemodiálisis al iniciar el proyecto por parte del equipo de mejora para analizar la situación real de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis.  
Recoger todas las variables incluidas en la tabla Excel al inicio del proyecto.  
Repetir los índices a los 6 meses, al año y tras algún ingreso de los pacientes para ver si existieran variaciones.  
Adecuar los cuidados de nuestros pacientes y el grado de apoyo que necesitan según su grado de dependencia.  
Organizar la distribución de los pacientes en nuestra unidad según su grado de dependencia y riesgo para mejorar e individualizar su atención por parte del personal de enfermería.

#### DURACIÓN

Durante el primer mes se realizarán sesiones informativas a todo el personal de la unidad para explicar el proyecto y se repartirán los pacientes de la unidad de hemodiálisis entre los colaboradores para iniciar la recogida de datos.  
En el siguiente mes se realizaran ambos índices de dependencia (Barthel y el Test Delta) a todos los pacientes de nuestra unidad.  
Posteriormente entre 1-3 meses para recoger todos los datos de cada paciente e incluirlos en la tabla Excel.  
A los 6 meses, al año y tras algún ingreso, se repetirán los índices a todos los pacientes.  
Tras analizar la situación real, según el grado de dependencia de los pacientes de nuestra unidad de hemodiálisis, se adecuarán los cuidados de forma individual por parte del personal de enfermería.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0204

### 1. TÍTULO

#### EVALUACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES EN NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS PARA MEJORAR SUS CUIDADOS Y AJUSTARLOS A LAS NECESIDADES REALES DE CADA PACIENTE

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

### 1. TÍTULO

#### VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIO NICOLAS ALBANI PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA  
PLAZA BAYO AMPARO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el periodo contemplado de marzo de 2018 a febrero de 2018 fueron incluidos prospectivamente aquellos pacientes con antecedentes de factores de riesgo cardiovascular y con sospecha de SAHS susceptibles a la intervención que acudieron a la consulta externa de Neumología (agenda NML-3), y en los que se solicitó la Poligrafía respiratoria (PR) para descartar o confirmar la enfermedad. Fueron seleccionados aquellos individuos en los que la valoración poligráfica automatizada mostró resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que consecutivamente la valoración manual tuvo un peso relevante ante la resolución de dudas. Se recolectaron datos generales clínicos, antropométricos, antecedentes de FRCV, así como eventos cardiovasculares mayores previos. Otros aspectos como el origen de los casos motivos de derivaciones y escala de hipersomnia (Epworth), fueron incluidos.

El objetivo fue determinar si realmente los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV) evaluados eran candidatos o no de forma estricta a un tratamiento con CPAP, en base a los criterios de indicación proporcionado por las guías clínicas de uso actual.

La valoración manual consistió en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (empleando el software del equipo Polígrafo SleepGo), de un total de 480 minutos registrados, con la intención de modificar (cambiar el tipo y/o duración), eliminar o añadir eventos respiratorios (apneas e hipopneas), ña evaluación de la esfera oximétrica y la respuesta cardiaca medida por la frecuencia del pulso, así como la presencia o no de repercusiones hemodinámicas determinadas como aceleraciones y desaceleraciones.

Tras la corrección, se introdujeron los datos en un formulario individual en el que se reflejaron aspectos generales, antropométricos, procedencia y las variables cardiorrespiratorias citadas, así como un diagnóstico final y una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla (No SAHS, SAHS leve, moderado, severo). Se añadieron comentarios sobre factores como la presencia del efecto posicional, la intensidad de la repercusión oximétrica nocturna y el pulso, de acuerdo a la importancia de los hallazgos obtenidos por cada paciente.

Finalmente, y de forma individualizada, se propusieron las acciones terapéuticas y comentarios finales correspondientes en relación al trazado o a los hallazgos relacionados con la interpretación general (asociando los aspectos clínicos como poligráficos).

Cada informe fue impreso e incorporado en el historial clínico de cada paciente.

Los datos obtenidos en este estudio fueron incorporados y analizados con el programa estadístico SPSS v.23. Se realizaron análisis descriptivos de los datos y comparaciones entre medias de variables empleando la prueba T para variables relacionadas.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De un total de 157 estudios de sueño realizados en la agenda NML3 de Neumología, se seleccionaron 55 casos (35,03%) que cumplieron con los criterios requeridos. Predominó el género masculino en el 63,6% de los casos y la edad media fue de 60,80 (13,08) años. Desde el punto de vista antropométrico, el índice de masa corporal (IMC) medio fue de 34,68 (5,99) k/m2. Las derivaciones fueron en su mayoría procedentes de atención primaria (70,9%), seguidas por cardiología (16,4). El motivo principal de consulta fue la combinación de apneas y roncopatía en un 76,4%, seguido por la presencia de los factores: apneas, roncopatía e hipersomnia con un 14,5%. La hipersomnia diurna medida por el cuestionario Epworth reflejó una media de puntaje total de 10,26 (5,74) puntos.

Todos los pacientes presentaron al menos 1 factor de riesgo cardiovascular (FRCV) demostrado (hipertensión arterial, dislipemia, arritmias cardiacas, cardiopatía isquémica, o algún evento mayor cardiovascular en sus antecedentes). El FRCV más frecuente fue la HTA en un 90,9%, seguido por la dislipemia (72,2%), diabetes mellitus (31,5%), EPOC (22,6%), Fibrilación auricular (16,7%), y la insuficiencia cardiaca (14,8%). Con respecto a los eventos mayores, el ACV se presentó en un 3,7% y la cardiopatía isquémica en un 9,3% de los casos. La depresión y la ansiedad fueron otras comorbilidades valoradas, con una frecuencia de 8,9% y 6,7%, respectivamente; también estuvo presente el hipotiroidismo en un 9,3% de los casos.

El índice de apneas-hipopneas (IAH) automatizado medio fue de 29,49 (18,72) y el índice global de apneas e hipopneas fue de 231,64 eventos. En contraste, el IAH medio corregido fue de 33,81(20,19) y se expresó una media global de apneas e hipopneas de 102,31. El índice medio de ronquido fue de 188,83 eventos por hora de registro, predominando en escala de gradación la roncopatía leve (51,9%), seguida por la moderada (38,9%). El efecto posicional fue negativo en el 76,4% de los casos, aunque la positividad de los casos restantes no lograban corregir completamente el IAH hasta su normalización.

Desde el punto de vista oximétrico, el CT90 medio automatizado fue de 51,38% (32,56), y el IDH4% correspondiente fue de 40,87 (20,98). La saturación de oxígeno media fue de 87,89% (4,57), y la frecuencia cardiaca media de 67,09 (10,91) pulsaciones. Existió un intenso compromiso de aceleraciones y desaceleraciones del pulso que fueron registradas en el 49,1% de los estudios.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

### 1. TÍTULO

#### VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Se observó un intenso cambio en la estratificación de la gravedad del SAHS, sobre todo en el grupo "SAHS moderado" (de 30,5% automatizados, que pasaron a ser el 52,5% de los casos). Los grupos de SAHS leve y severo permanecieron casi inalterados, con sutiles cambios porcentuales.

Al establecer comparaciones entre ambos resultados, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los automatizados por el software del Polígrafo SleepGo y los obtenidos tras una revisión exhaustiva. Las variaciones entre los grupos fueron manifiestas al realizar la comparación entre el IAH automatizado y el que ha sido posteriormente corregido ( $p=0,01$ ).

El porcentaje de pacientes en los que se evitó la prescripción del CPAP y que contaban inicialmente con criterios de indicación, es decir, beneficiados tras la corrección manual del registro, fue del 9,1%. En el restante 90,9% de los casos se indicó el dispositivo. La presión media aplicada según la fórmula empírica fue de 8,2 (1,71) cmH<sub>2</sub>O. El suplemento de oxígeno no se precisó inicialmente en el 97,6% de los casos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La individualización de los pacientes con SAHS es esencial. Cuando coexisten factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los resultados pueden ser incluso más intensos y abrumadores, obligando al facultativo a tomar decisiones clínicas. El CPAP es la terapia gold estándar para esta patología, y debe ser indicada en casos con FRCV intensos y que presenten un IAH igual superior a 5. Es indispensable valorar la magnitud de la repercusión oximétrica y de otros parámetros poligráficos para afinar en el tratamiento de este tipo de pacientes, y consecuentemente determinar si es necesaria o no la indicación de estas terapias.

Por este motivo, la corrección manual de todos los trazados poligráficos continúa siendo indispensable ya que existe una gran variabilidad en cuanto a la cuantía de eventos obtenidos por automatización y errores que solo pueden ser detectados cuando se valora manualmente. Por estos motivos, las repercusiones reales del trazado son detectadas cuando el facultativo valora con cautela y minuciosidad los registros. Este aspecto es contemplado en la actualidad en guías de práctica clínica y es esencial en el establecimiento de un correcto tratamiento y la toma de decisiones en cuanto a la necesidad de intensificación terapéutica.

El alcance y los resultados de este proyecto ha sido de gran importancia de cara a establecer la indicación estricta en base a la individualización de cada paciente que presentan de base factores de riesgo cardiovascular, pudiendo ser beneficiados un grupo de pacientes que realmente no necesitan el tratamiento CPAP. Además, son manifiestos los cambios significativos en los valores de IAH corregido al comparar con los parámetros automatizados. Por estos motivos, es imprescindible afianzar la idea de realizar una corrección manual de cada estudio de sueño, sobre todo en aquellos en donde existen dudas de prescripción de terapias respiratorias como es el caso del CPAP, para el tratamiento del SAHS. Desde el punto de vista de aplicación, es factible y económico, ya que no requiere gastos adicionales de cara a las necesidades del servicio, pero por el contrario, requiere tiempo en su realización y una experiencia suficiente para poder interpretarlo y llevarlo a cabo.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/59 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0059

Título  
VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Autores:  
ALBANI PEREZ MARIO NICOLAS, DE PABLO CARDENAS JUAN MARIA, PLAZA BAYO AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio  
Otro Tipo Patología: Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El Síndrome de Apneas-Hipopneas del Sueño (SAHS) es considerado como un problema actual de salud pública que permanece infradiagnosticado y que está en relación con diversos trastornos en la esfera cardiovascular. La

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0059

### 1. TÍTULO

#### VALORACION MANUAL DE LOS TRAZADOS POLIGRAFICOS DOMICILIARIOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

alteración fisiopatológica se basa en una obstrucción parcial o total de la vía aérea superior durante el sueño, que condiciona la clínica de roncopatía y apneas, produciendo intensas desaturaciones nocturnas. Su diagnóstico se confirma con un índice de apneas-hipopneas (IAH) superior o igual a 5, asociado a la clínica típica de la enfermedad. En esta situación se han documentado diversos mecanismos intermedios metabólicos y neuro-hormonales con repercusión a nivel sistémico que inducen al desarrollo de eventos cardiovasculares, un efecto negativo en la calidad de vida, e incluso, a su conocido rol como causante de accidentes de tráfico. Las entidades nosológicas más relevantes con las que se guarda relación son la cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial, el ictus, la insuficiencia cardiaca, entre otros. El tratamiento con CPAP en estos pacientes ha demostrado ser coste-efectivo, disminuyendo en general el riesgo de padecer eventos mayores cardiovasculares y disminuyendo la mortalidad en este perfil de individuos.

Con respecto al diagnóstico, a pesar de que la polisomnografía es reconocida como el Gold Estándar en el diagnóstico de esta entidad, la poligrafía cardiopulmonar (PR) se ha consagrado en la práctica habitual gracias a su importante papel en los últimos tiempos, siendo una prueba fiable en el diagnóstico del SAHS debido a su fácil implementación, bajo coste y comodidad de ejecución. Actualmente esta prueba es avalada por diversas sociedades nacionales e internacionales y se ha generalizado su aplicación en la práctica clínica habitual. Habitualmente, los resultados de los estudios no monitorizados como la PR se obtienen de una valoración automatizada realizada por un software, determinando los eventos respiratorios y calculando la gravedad de la enfermedad, con una alta sensibilidad. No obstante, los errores en la interpretación automática deben de ser valorados y corregidos mediante una minuciosa evaluación manual de los trazados, realizada por un personal especializado en los trastornos del sueño.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la valoración de los pacientes con sospecha de SAHS que asocian factores de riesgo cardiovascular a través de la corrección manual del trazado poligráfico.
- Modificar el grado de SAHS derivado de la revisión manual.
- Emisión de informe individualizado de la poligrafía cardiopulmonar (PR) corregida.
- Realizar una correcta aproximación terapéutica ajustada de forma individualizada, empleando las medidas higiénico-dietéticas generales y/o tratamiento con CPAP.
- Disminuir la repercusión en costes sanitarios derivados de los errores de la automatización.

#### MÉTODO

Los pacientes susceptibles a la intervención serán aquellos adultos con sospecha de SAHS que acuden a la consulta externa, y en los que se solicita la PR para descartar o confirmar la enfermedad. Se seleccionarán aquellos pacientes en los que la valoración automatizada muestre resultados incongruentes con los síntomas y los factores de riesgo de base, y en los que la valoración manual tenga un peso relevante ante una situación clínica compleja que precise de una revisión exhaustiva.

La valoración manual consistirá en una corrección estricta y minuciosa por épocas de 5 minutos del trazado poligráfico (de un total de 480 minutos registrados), con la intención de modificar, eliminar o añadir eventos respiratorios, de acuerdo a lo observado. Asimismo, se valorará la esfera oximétrica y cardiaca. Tras la corrección, se emitirá un informe final individual en el que se reflejarán los datos cardiopulmonares con un diagnóstico final, y se obtendrá una gradación definitiva de la enfermedad en caso de padecerla. De igual forma, se propondrán opciones terapéuticas y comentarios finales en relación al trazado o a hallazgos significativos relacionados con su interpretación general.

#### INDICADORES

- Valorar la diferencia absoluta entre el IAH automatizado y el manual.
- Determinar las gravedad del SAHS real una vez se realice la valoración manual del trazado.
- Valorar el número de pacientes sujetos a recibir tratamiento con CPAP y aquellos en los que tras la intervención demuestre no ser susceptibles a la terapia.

#### DURACIÓN

Se valorarán pacientes entre marzo de 2018 y marzo de 2019 susceptibles a la intervención

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACION DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
HERNANDO QUINTANA NATALIA  
SANZ ASIN JOSE MANUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado varias infiltraciones de toxina botulínica en dos pacientes:

- Un paciente con Enfermedad de Parkinson Avanzada: ha sido infiltrado en 3 ocasiones, empezando por dosis mínima en cada glándula y escalando dosis hasta máximas.
- Una paciente con diagnóstico de ELA. Una infiltración a dosis estándar de toxina tanto en glándulas submandibulares como parótidas. .

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado en primer paciente: El tiempo de intervalo entre una infiltración y otra fue aproximadamente de 2-3 meses ( según lo estándar).En la primera, la respuesta fue parcial, con mejoría del 70% subjetivamente, siendo valorada esta respuesta a las 2 semanas, y valorando efectos secundarios en las siguientes 24-48 horas siguientes a la infiltración. Duración de la mejoría corta, de aproximadamente 15 días. En segunda infiltración mejoría del 50% durante unas 2 semanas. En tercera infiltración mejoría de < 30% con aparición de disfagia que posiblemente estuviera en relación a la infiltración y que cedió de forma espontánea en 2 semanas.

Resultado en segundo paciente:No efectos secundarios ni mejoría. La paciente prefirió no volver a infiltrar.

Métodos y actividades: el método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explicaba el proyecto. Sin incidencias.

#### Indicadores:

- Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%..... cumplimiento del 100%
- Firma del Consentimiento Informado: 100%.....cumplimiento del 100%
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%...cumplimiento del 100%
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%..... cumplimiento del 100%
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración ( 2-3 semanas): 70%.....cumplimiento del 100%.

Método de obtención: por observación del procedimiento de forma personal y datos de la historia clínica.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es recomendable seguir realizando una buena selección del paciente para aumentar el tamaño muestras y la curva de aprendizaje. Según resultados podría valorarse la opción de realizar un rotatorio corto en un Servicio de Neurología cercano para mejorar la práctica de esta intervención.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2016/69 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0069

Título  
APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Autores:  
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0069

### 1. TÍTULO

#### APLICACION DE LA TOXINA BOTULINICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SIALORREA EN ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas  
Tipo de Objetivos .:  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Desde hace muchos años la aplicación percutánea de toxina botulínica en nuestro servicio es una práctica clínica habitual como tratamiento de diferentes trastornos del movimiento ( hemiespasmus facial, blefaroespasmus y diferente tipos de distonías ). Desde el año 2015, con la llegada de especialistas formados en este ámbito de la neurología, se amplió la aplicación de esta terapia como tratamiento preventivo de la Migraña crónica.  
Hasta este momento, existía una laguna en el manejo de la sialorrea secundaria enfermedades neurodegenerativas, concretamente en la Enfermedad de Parkinson y en la Esclerosis Lateral Amiotrófica, afección muy frecuente en la fase avanzada de ambas patologías.  
A raíz de la participación en un Focus sobre " Aplicación de toxina botulínica en Neurología" entre Mayo-Junio del 2016 se decide ofertar esta terapia a pacientes seleccionados controlados en las consultas ambulatorias de Neurología. La revisión bibliográfica hasta la fecha avala la utilización de la toxina botulínica mediante inyección percutánea por su eficacia y perfil de seguridad.  
El tratamiento más efectivo para la sialorrea es la inyección, en las glándulas salivares intraparotídeas y submandibulares, de toxina botulínica A por vía percutánea (dosis de 30-100 U). Produce una disminución de la producción de saliva y, por lo tanto, del babeo, lo que da lugar a una mejoría subjetiva en el 65% de los casos.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
Mejorar el manejo de los pacientes con sialorrea con el objetivo principal de mejorar su calidad de vida. Se pretende a su vez mejorar la deglución, disminuir la posible repercusión social y evitar los efectos secundarios que pueden provocar los fármacos administrados por vía oral.

**MÉTODO**  
- Una vez seleccionado el paciente y explicado el proceso y posibles efectos secundarios se le hará firmar un consentimiento informado. A continuación, se le dará cita para la inyección de la toxina.  
- La infiltración se realizará en CCEE Neurología de manera habitual, aunque en casos de ocupación de la misma se realizará en el despacho de Neurología de la Planta 4ª  
- La infiltración se hará previa limpieza de la zona cutánea con Betadine y el especialista se pondrá guantes ( no necesariamente estériles)  
- La toxina botulínica sobrante ( ya sea en el vial como en el recipiente correspondiente) se eliminará según el proceso asignado para "material caducado".  
- Se citará al paciente en 2 semanas para revisar eficacia y efectos secundarios ( al menos tras la primera administración ). Esta medida puede ser difícil de cumplimentar dado que se trata de pacientes en muchas ocasiones con problemas de movilidad y traslado.

**INDICADORES**  
-Pacientes que tras ser seleccionados como candidatos a la infiltración de toxina son tratados en menos de 2 meses: 90%  
- Firma del Consentimiento Informado: 100%  
- Paciente que son infiltrados bajo las medidas de seguridad e higiene especificadas: 100%  
- Valoración subjetiva de la mejoría antes de la siguiente infiltración: 100%  
- Valoración del paciente en aproximadamente 2 semanas tras la infiltración ( 2-3 semanas): 70%

**DURACIÓN**  
Fecha de inicio: Agosto 2016  
Fecha de finalización: se mantendrá la actividad siempre que haya profesional capacitado para aplicar esta técnica.  
Frecuencia de administración: en dependencia de la necesidad asistencial ( numero de pacientes candidatos ). Se intentarán agupar pacientes para poder utilizar el total del producto sin desaprovechar el sobrante.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 4 Mucho  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....: 4 Mucho  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....: 4 Mucho

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE ..... NATALIA HERNANDO QUINTANA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

JARAUTA LAHOZ LAURA  
SANZ ASIN JOSE MANUEL  
LERIN SANCHEZ FRANCISCO JAVIER  
FERNANDEZ LANDAZURI SARA  
ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO  
HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES  
SANLLEHI VILA NURIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio de los pacientes y evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) para solicitar el procedimiento que llevan a cabo en dicho centro para la obtención de la curva de ácido láctico.
- Tras realizar una revisión bibliográfica añadida al documento aportado por el HUMS, se establece un protocolo con los pasos técnicos a seguir.
- Se inició la inclusión de pacientes en Marzo de 2018.
- Se realizó una sesión clínica con el servicio de Análisis Clínicos y Neurología para dar a conocer el procedimiento y mostrar los resultados de los tres primeros pacientes sometidos al procedimiento en Julio de 2018.
- En el contexto de este procedimiento se han identificado otros problemas que se han intentado solventar de forma integral:
  - o Existencia de pacientes con hiperCKemia que no han sido derivados a Neurología si no a Medicina Interna, generando en ocasiones una doble consulta.
  - o Ausencia de un protocolo de manejo de hiperCKemia a nivel hospitalario.
  - o Necesidad de enviar a los pacientes al Hospital Universitario Miguel Servet para la realización de biopsia muscular, que implica en ocasiones hasta tres desplazamientos
- Como respuesta a esta situación se decide:
  - o Generación de un protocolo de manejo hospitalario de hiperCKemia que sirva no solo para el servicio de Neurología sino para otros servicios como Reumatología o Medicina Interna que puedan recibir a este tipo de pacientes.
  - o Se contacta con los Servicios de Anatomía Patológica del HUMS y del Hospital Obispo Polanco en Diciembre de 2018 para valorar la posibilidad de enviar las muestras desde el Hospital Obispo Polanco.
  - o Se recibe la documentación necesaria para el envío de muestras en Enero de 2019.
  - o Reunión con el Jefe de Cirugía del Hospital Obispo Polanco para proponer la realización de biopsias en nuestro centro en Enero de 2019. Aceptan la propuesta.
- El procedimiento de extracción de muestra para la obtención de curva de lactato se ha realizado de la siguiente manera:
  - o La solicitud de la prueba se realiza en un P10 que se entrega al paciente pactando con él el día de la extracción, a las 10 de la mañana.
  - o Se avisa al personal de enfermería de laboratorio del día que se realizará la extracción para tener preparado el material necesario.
  - o El día de la extracción el neurólogo/a acude para realizar la prueba de isquemia/esfuerzo, controlar el tiempo de las extracciones y asistir en caso de complicaciones.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco: 7 (100%)
- N° de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet: 0 (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio: 2 (28%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba: 0 (< 10%)
- Realización de un protocolo de manejo de hiperCKemia en cuyos anexos se incluye el procedimiento de extracción de la curva de lactato y amonio y el procedimiento de solicitud y envío de la muestra de biopsia muscular.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes. En cuanto al número de estudios no concluyentes, es difícil de valorar dado que no existen series publicadas en este sentido y en este momento los pacientes se encuentran pendientes de una nueva cita para una segunda extracción.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034

### 1. TÍTULO

#### PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Por otra parte queremos resaltar el hecho de que este plan de calidad se ha ampliado en cuanto a sus objetivos, consiguiendo una vía de actuación integral para el manejo de estos pacientes que permite que puedan ser estudiados en el Hospital Obispo Polanco sin tener que ser derivados a otro centro. Este procedimiento se ha consensuado además con los servicios de Medicina Interna, Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Cirugía General y Neurología.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/34 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0034

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
HERNANDO QUINTANA NATALIA, JARAUTA LAHOZ LAURA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, LERIN SANCHEZ JAVIER, FERNANDEZ LANDAZURI SARA, ALVAREZ LOPEZ ALEJANDRO, HERNANDEZ SANCHEZ LOURDES, SANLLEHI VILA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

### PROBLEMA

La determinación de los niveles de la enzima CK en suero sanguíneo es la prueba bioquímica más usada como indicador de una miopatía. Generalmente la elevación de los niveles de CKs se acompaña de otras manifestaciones miopáticas como debilidad muscular y sirve de test de apoyo al diagnóstico. Pero en muchos casos el hallazgo de hiperCKemia es casual en el contexto de un análisis de rutina. Dentro de la valoración de pacientes que presentan hiperCKemias persistentes y una vez descartadas las hiperCKemias secundarias y procesos no miopáticos, la curva de ácido láctico es de utilidad para orientar el diagnóstico y valorar la existencia de miopatías metabólicas. Este test se encuentra dentro de los algoritmos de diagnóstico y manejo de esta patología, como una prueba que realizaremos en todos los pacientes con CK persistentemente elevadas.

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción analítica. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de este estudio en el Hospital Obispo Polanco, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica.

### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es la realización de la curva de ácido láctico en Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción.

### MÉTODO

- La curva de lactato consiste en la extracción de sangre para obtener niveles de lactato y amonio de forma basal y tras realización de ejercicio. Esto puede realizarse con condiciones de isquemia (colocando un manguito de presión por encima de la presión arterial sistólica del paciente durante la realización del ejercicio) o sin isquemia. Se realizan 6 extracciones: basal, tras ejercicio, al minuto, tres minutos, diez y 20 minutos después del ejercicio.  
- Se contactará con Laboratorio previamente para organizar la fecha de la extracción  
- La prueba de ejercicio, consistente en contracciones abriendo y cerrando la mano con fuerza a ritmo de 1 segundo, durante al menos 1 minuto y máximo 1 minuto y medio, se realizará inicialmente con supervisión del Servicio de Neurología, ante la posibilidad de complicaciones ocasionales como mialgias, contracturas, dolor o de forma muy infrecuente, rhabdomiolisis. La decisión de si el test se realiza con o sin isquemia también

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0034**

**1. TÍTULO**

**PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE LA CURVA DE ACIDO LACTICO PARA EL ESTUDIO DE LA HIPERCKEMIA EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL**

correrá a su cargo.

INDICADORES

- N° de estudios realizados en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- N° de estudios derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de realización del ejercicio (< 20%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

DURACIÓN

- Inicio en Febrero de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ..... LAURA JARAUTA LAHOZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se planteó el proyecto de determinación de Biomarcadores en líquido cefalorraquídeo (LCR) con el objetivo de mejorar la accesibilidad al estudio a los pacientes, evitando derivaciones a otros centros.

Para ello se han realizado las siguientes acciones:

- Se planteó el proyecto al Servicio de Análisis Clínicos de Hospital Obispo Polanco (HOP), aceptando la iniciativa y trabajando conjuntamente para adaptar el protocolo del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) a nuestro Hospital.
- Se estableció contacto con el Servicio de Bioquímica del HUMS para plantear el proyecto, ya que es dicho servicio el receptor final de la muestra extraída en el HOP. Desde el HUMS nos enviaron un documento sobre la conservación y envío de la muestra.

Reuniones entre responsables del proyecto durante 2018:

- Tres reuniones con la Dra. Adela Cayetana, Jefa de Servicio de Análisis Clínicos del HOP: reuniones en marzo y junio con objetivo de valorar si era factible la recogida de muestra de LCR en el HOP y posteriormente estudiar la mejor forma de mantener la muestra hasta su envío al HUMS.
- Dos conversaciones telefónicas con el Dr. Rello, Jefe de Servicio de Bioquímica del HUMS, y varios emails durante primer y segundo trimestre del 2018 donde se concretaba el método de recogida y mantenimiento de la muestra de LCR, así como la forma y el horario de envío de la misma.
- Los resultados de estas reuniones y conversaciones son las descritas en los documentos del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pacientes que han sido estudiados durante el 2018:

- Una vez que el proyecto fue admitido y tuvimos toda la metodología establecida, se seleccionaron seis pacientes candidatos que fueron ingresados para realizarles la punción lumbar y posterior recogida de LCR.

Proceso de extracción de la muestra de Líquido Cefalorraquídeo ( LCR):

- El procedimiento de extracción de la muestra ( LCR ) se realiza como marca el protocolo de manejo aportado anteriormente:
  - o El paciente se ingresa el lunes por la mañana, se le realiza una punción lumbar bajo anestesia local y tras conseguir la muestra de LCR necesaria en los tubos de almacenamiento especiales, se envía a nuestro laboratorio del HOP quienes, al día siguiente, envían la muestras al HUMS. El viernes anterior se debe avisar tanto al Servicio de Laboratorio del HOP como del HUMS, para que sepan que les van a llegar las muestras correspondientes.
  - o El método y medidas higiénicas se llevaron a cabo según explica el documento de manejo de la muestra.

Indicadores y evaluación

- Nº de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%).....resultado 100%
- Nº de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%).....Resultado 0%.
- A todos los pacientes se le realizó el estudio en HOP, con el 0% de pacientes derivados al HUMS.
- Nº de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)...Resultado < 5% ( pendiente de recibir resultados)
- Nº de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)....Resultado <10% ( obtuvimos 0% de complicaciones)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han cumplido los objetivos propuestos en el proyecto, valorándose como positivo, ya que se ha conseguido mejorar la accesibilidad a este estudio por parte de los pacientes.

Aunque todavía es pronto para sacar conclusiones debido al escaso tamaño de la muestra, se ha observado que la extracción de muestra en el HOP para la determinación de estos biomarcadores es segura, así como su conservación, envío y recepción por el centro de referencia. Los resultados obtenidos hasta ahora han

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

arrojado mayor seguridad en el diagnóstico sintromico y etiológico de estos pacientes, cambiando el manejo terapéutico y el pronóstico en muchos de ellos.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/224 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0224

Título  
PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DEL SISTEMA ARAGONES DE SALUD: REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Autores:  
JARAUTA LAHOZ LAURA, HERNANDO QUINTANA NATALIA, SANZ ASIN JOSE MANUEL, VILLARROYA SALESA MARIA CARMEN, MARTIN GOMEZ MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La Enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más frecuente de demencia en el anciano y afecta al 20% de las personas de más de 80 años. El proceso neurodegenerativo de la EA se inicia probablemente 20 ó 30 años antes del inicio de la sintomatología. La primera fase de la enfermedad sin demencia se conoce habitualmente como fase de deterioro cognitivo leve (DCL) de la EA.

El diagnóstico clínico del Alzheimer (EA) es inexacto en un 10-15% de los casos, incluso entre investigadores experimentados, y los biomarcadores pueden ayudar a mejorar la precisión del diagnóstico.

Se entiende por biomarcador, de acuerdo con los criterios del NIH ( National Institute of Health), a "una característica que es medida y evaluada de forma objetiva como un indicador de procesos biológicos normales o patológicos, o respuestas farmacológicas a una intervención terapéutica".

Los marcadores neuropatológicos de la enfermedad de Alzheimer son las placas neuríticas extracelulares y los ovillos neurofibrilares intracelulares con la degeneración neuronal y sináptica acompañante.

Los biomarcadores biológicos en la EA son de fácil obtención y procesamiento ya que se determinan en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes, obtenido mediante una punción lumbar. Los biomarcadores fundamentales en la EA son:

- Proteína B-amiloide: diversos estudios han demostrado de forma consistente que los niveles de AB42 están disminuidos en la EA en un 50% en relación a lo niveles de la población control. La sensibilidad de la medida varía entre el 55-100% mientras que la especificidad para distinguir los pacientes con EA de los controles oscila entre el 67-100%.

- Tau total y tau fosforilada (tau 3R/4R hiperfosforilada, sobre todo las isoformas, pTau181 pTau231, pTau199) : en estudios transversales se han demostrado incrementos de la tau en pacientes con EA que duplican o triplican el valor encontrado en controles sanos. La prueba alcanza una especificidad entre el 65-86% y una sensibilidad del 40-86%. En fases incipientes de demencia el rendimiento de la prueba es incluso mejor, con una especificidad del 85% y una sensibilidad del 75% al disitinguir los sujetos con EA de controles sanos.

Actualmente el uso de biomarcadores están incluidos en los criterios diagnósticos actuales de EA (Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. Lancet Neurol. 2014 Jun;13(6):614-29)

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0224

### 1. TÍTULO

#### REALIZACION DE DETERMINACION DE BIOMARCADORES EN LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO PARA LA APROXIMACION DIAGNOSTICA DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Hasta el momento, este test no se realizaba en el Hospital Obispo Polanco; por lo que los pacientes debían desplazarse al Hospital Universitario Miguel Servet para realizar la extracción de LCR mediante Punción lumbar. Esto supone una limitación en el estudio. Una de las estrategias del SALUD es la adecuada accesibilidad de los pacientes al sistema. Por ello se propone la realización de la extracción de LCR en el Hospital Obispo Polanco por parte del Servicio de Neurología, con la colaboración del servicio de Análisis Clínicos y Bioquímica del Hospital Obispo de Teruel y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este plan de mejora es la realización de la extracción de LCR del paciente en el Hospital Obispo Polanco, favoreciendo así la accesibilidad al estudio, lo que supondrá una importante ventaja para los pacientes, que podrán evitar el traslado a Zaragoza para la extracción. Una vez extraída la muestra se enviará al laboratorio del H.Miguel Servet donde será procesada.

#### MÉTODO

Antes de seleccionar un caso es imprescindible haber realizado una evaluación clínica precoz correcta. Una vez completa, los pacientes seleccionados serán los que presenten alguna de estas situaciones:

1. Demencia/ deterioro cognitivo de inicio precoz.
2. Demencia/ deterioro cognitivo con agregación familiar
3. Deterioro cognitivo mnésico de perfil hipocámpico
4. Demencia/deterioro cognitivo con inicio de trastornos afásicos, visuoperceptivos o visuoespaciales.

No estará indicada la realización del estudio en:

- Pacientes asintomáticos
- Quejas subjetivas sin déficit cognitivo objetivado
- Determinación de la fase de enfermedad.
- Indicaciones no médicas

Estandarización del Procedimiento:

1. Selección del paciente tras evaluación y pruebas complementarias pertinentes.
2. Programación de ingreso para realización de punción lumbar.
3. Extracción de la muestra en tubos de polipropileno. La extracción se hará en horario de 9-13 hrs. No es necesario que el paciente esté en ayunas. Es recomendable que la extracción no sea traumática.
4. Transporte y almacenaje de muestra en temperatura ambiente.
5. Envío al laboratorio Hospital Miguel Servet de Zaragoza.
6. Procesado de la muestra
7. Interpretación de resultados.

#### INDICADORES

- N° de pacientes candidatos a estudio a los que se les realiza la extracción del LCR en el Hospital Obispo Polanco (100%)
- N° de pacientes candidatos derivados al Hospital Universitario Miguel Servet (0%)
- N° de estudios no concluyentes por defectos en la técnica de extracción del LCR (< 5%)
- N° de complicaciones derivadas de la prueba (< 10%)

#### DURACIÓN

- Inicio en Abril de 2018.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARTA COLECHA MORALES  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA

PARRILLA VIRGOS PILAR

CABEZA VENGOECHEA PEDRO

SPINOSO CRUZ VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año 2018 se ha llevado a cabo la revisión de las historias clínicas de aquellas pacientes que estando programadas para intervenciones quirúrgicas por CMA, requirieron ingreso hospitalario postquirúrgico, durante el año 2017 y 2018. El fin de esta revisión es recabar información sobre los motivos que propician este ingreso hospitalario (cuyas cifras rondan el 10%), analizar la situación y valorar qué medidas se pueden llevar a cabo para intentar disminuir esta tasa.

Se elaboró una tabla Excel con varios apartados a analizar, entre los que destacan: el motivo de la intervención quirúrgica, el proceso que se lleva a cabo, si el horario de la cirugía es de tarde o de mañana y la complicación quirúrgica o causa postintervención de la imposibilidad de altar a la paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los datos aportados por el servicio de documentación, durante los años 2017 y 2018 se llevaron un total de 160 y 141 intervenciones programadas para CMA, respectivamente.

En el 2017, según consta por codificación, 22 pacientes fueron ingresadas sin poderse dar de alta. Tras la revisión de las historias clínicas de dichas pacientes, sólo se constata el ingreso real de 15 pacientes: 8 post-histeroscopia, 3 post-TOT y 4 post-laparoscopia.

En el 2018, por codificación consta que 19 pacientes fueron ingresadas a pesar de constar como CMA. Tras revisar dichas historias, sólo se constata el ingreso de 15 pacientes: 4 post-TOT, 4 laparoscopias, 1 post-conización, 5 post-histeroscopia y 1 por reconversión previa al quirófano de la vía de abordaje (de laparoscopia a laparotomía).

Se evidencian algunos casos de error de codificación (pacientes que se programan por CMA y se van de alta conforme los protocolos de CMA a las pocas horas del postoperatorio, sin constar que la paciente pase ninguna noche en el hospital). En otras ocasiones el error de codificación se produce en pacientes que se intervienen por procedimientos que ya llevan inherentes el ingreso hospitalario y cuya programación no es posible hacerse por CMA; por ejemplo una histerectomía vaginal no es candidata a ser alta de forma precoz. Otro motivo por el que se aumentan los supuestos casos de CMA, son los quirófanos que se llevan a cabo de forma extraordinaria por la tarde, puesto que a pesar de ser intervenciones a priori candidatas a CMA y puede ser que así conste en las hojas de inclusión de LEQ, no es posible si son realizadas en el horario de tarde por logística y cuestión de tiempos.

Algunos de los motivos que condicionan el ingreso de las pacientes son complicaciones intraoperatorias de diferentes índoles, tanto por el procedimiento quirúrgico mismo como por la anestesia. Otros sin embargo, son incidencias durante el postoperatorio inmediato, algunas leves que se resuelven a las pocas horas y otras más graves que requieren varios días de ingreso hospitalario.

Así, la causa que mayoritariamente obliga al ingreso tras una histeroscopia es la perforación uterina evidenciada en quirófano. En el caso de las conizaciones, es el sangrado postoperatorio abundante. El problema postoperatorio de las TOT suele ser, a partes iguales, la dificultad miccional y el dolor inguinal por la colocación de la malla. En los casos de laparoscopias suele ser malestar general con náuseas o la falta de tolerancia oral, sin que se haya producido ninguna incidencia en la intervención quirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los datos analizados, se elaboran unos criterios de inclusión y exclusión de CMA, y se toman en consideración medidas para que la tasa de ingresos en pacientes programados por CMA sea la menor posible.

En cuanto a los quirófanos de tarde, ningún quirófano será considerado como CMA (independientemente que en la hoja de inclusión en lista de espera conste así), puesto que el tiempo control postquirófano y postanestesia se prolonga hasta la noche, siendo recomendado el ingreso para un mejor postoperatorio inmediato.

Todas las conizaciones son susceptibles de CMA. La complicación que se asocia a ingreso hospitalario suele ser el sangrado. Nos deberemos asegurar de obtener una buena hemostasia del lecho quirúrgico en quirófano, siendo posible incluso la utilización de material hemostático, si el caso así lo precisa.

En el caso de las histeroscopias tanto quirúrgicas como diagnósticas, se protocoliza como método de permeabilizar canal cervical y evitar así las posibles complicaciones por perforación uterina o creación de falsas vías, el uso de Misoprostol preoperatorio, indicándose a la paciente la administración vía vaginal de 1 comprimido de misoprostol 200mg por la noche antes de acostarse y otro por la mañana al despertar. Se les entrega en el momento de la inclusión en LEQ, un folleto explicativo del procedimiento con las instrucciones por escrito de cómo y cuándo administrarse la medicación, e incluso se entregan físicamente los 2 comprimidos necesarios. En caso de realizarse la intervención quirúrgica en horario de tardes, la medicación se administrará por la mañana temprano al despertar y unas 3 horas antes de la intervención.

Como ya se ha comentado anteriormente, los principales motivos que obligan a ingreso hospitalario tras la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415

### 1. TÍTULO

#### CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

colocación de una TOT es la dificultad para la micción y el dolor inguinal, debido a la misma técnica quirúrgica. Se intentará seleccionar a aquellas pacientes con comorbilidades álgicas (fibromialgia, artrosis, dosis de medicación antiálgica considerables y habituales) para ingreso hospitalario y no para CMA.

Para terminar, con las laparoscopias, se incluirán en CMA sólo aquellas que se vayan a realizar en pacientes a priori con bajo riesgo de complicaciones: ligaduras tubáricas en pacientes sin comorbilidades ni cirugías pélvicas previas, quistes simples menores de 6 cm, o teratomas de pequeño tamaño (4-5 cm máximo). Así pues, requerirán ingreso hospitalario las pacientes con 2 o más cirugías pélvicas previas, pacientes con endometriomas o sospecha de endometriosis, o con quistes sólidos de gran tamaño. Las histerectomías se seguirán considerando para ingreso hospitalario, como se venía haciendo hasta ahora

#### 7. OBSERVACIONES.

Se seguirán a las pacientes CMA durante el año 2019, tras la aplicación de dichos criterios y medidas y se analizarán el éxito de las mismas en cuanto a disminución de tasas de ingreso.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/415 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0415

Título  
CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO

Autores:  
SCHUHMACHER ANSUATEGUI ELENA, PARRILLA VIRGOS PILAR, CABEZA VENGOECHEA PEDRO, SPINOS CRUZ VICENTE, COLECHA MORALES MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Mujeres  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Se ha detectado, que a lo largo del año 2017, un 11% de las pacientes, clasificadas como CMA, acabaron ingresadas por varios motivos.  
Hay que valorar, si los criterios de inclusión en dicho proceso son los adecuados

RESULTADOS ESPERADOS  
El proyecto pretende hacer un estudio y seguimiento de estos casos, para valoración y mejora.

MÉTODO  
Realización de protocolo de inclusión de las listas de procesos catalogados como CMA.  
Control, estudio de los realizados durante el año 2017 y valoración de los proceso para lo largo del año en curso

INDICADORES  
El límite a alcanzar, es que no se revierta a ingreso más del 5 % de dichas pacientes y patologías

DURACIÓN  
Revisión de los procesos acaecidos durante al año 2017 hasta el 30 de mayo. Dra. Elena Schuhmacher y Dra. Marta Colechá  
Hacer protocolos de adecuación de inclusión en lista de espera quirúrgica hasta el 30 de junio 2018. Dr. Pedro Cabeza, Dra. Elena Schuhmacher, Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso  
Revisión de la casuística de el año en curso, finalización el 31 de enero 2019. Dra. Pilar Parrilla y Dr. Vicente Spinoso

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0415**

**1. TÍTULO**

**CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES INTERVENIDAS POR PROCESO CMA Y QUE PASARON A INGRESO HOSPITALARIO**

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ..... EVA GLORIA ALIAS ALEGRE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
NAVARRO CASADO MARIA NIEVES  
PASTOR ESPUIG MARIA  
GARGALLO BENEDICTO AMPARO

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Todos los pacientes incluidos en lista de espera para ser intervenidos de catarata se han citado en la consulta para realizar la biometría. A cada uno de ellos se le ha realizado un estudio refractivo y queratométrico para conocer su defecto de graduación y curvatura corneal.

Se ha realizado el estudio de la curvatura corneal (queratometría del paciente) con el autorrefractómetro queratómetro disponible en la consulta y con el biómetro óptico LENSTAR. En cada paciente se ha realizado un estudio comparativo de los valores aportados por ambos.

Se ha valorado en cada caso la agudeza visual, la calidad visual y el defecto de refracción.

Se han tenido en cuenta los datos aportados por el biómetro LENSTAR. Los aspectos más importantes y que más nos han ayudado en cada caso son: longitud axial del ojo, espesor corneal, curvatura corneal o queratometría (eje más curvo y eje más plano de la cornea en milímetros y en dioptrías, valorando el astigmatismo corneal en dioptrías y su eje), profundidad de la cámara anterior y espesor del cristalino.

Se ha calculado la potencia de la lente intraocular necesaria en cada caso para conseguir la emetropía con la fórmula Barrett (la fórmula Barrett Universal II de 4ª generación ha demostrado ser la fórmula más precisa para el cálculo biométrico independientemente del biómetro utilizado). Potencia calculada para diferentes lentes intraoculares de tal forma que cada cirujano ha podido elegir entre las diferentes lentes disponibles en nuestro hospital (lente SN6CWS de Alcon, lente Micro+ A de Physion-MedicalMix o CTASPHINIA 409M de Zeiss).

Al realizar este estudio se han clasificado a los pacientes en tres grupos: aquellos casos con astigmatismos corneales menores a 1 dioptría y media que son candidatos a colocar una lente monofocal, los casos con un astigmatismo corneal entre 1 dioptría y media y 2 dioptrías y media, que son candidatos a poder realizar técnicas incisionales para corregirlo parcialmente, y, los pacientes con astigmatismos corneales mayores a 2 dioptrías y media que serían susceptibles de implantarles una lente monofocal tórica para la corrección del mismo.

Al detectar casos con astigmatismos mayores a 2 dioptrías y media se ha utilizado la página web de ALCON ONLINE TORIC IOL CALCULATOR. En dicha página se ha realizado el cálculo de la lente tórica necesaria utilizando la fórmula Barrett introduciendo los datos de cada paciente (potencia de la lente intraocular aportada por el biómetro LENSTAR, curvatura corneal en su eje más plano y más curvo, y, el astigmatismo generado por cada cirujano según su experiencia personal).

Se han considerado aspectos que excluyeran la posibilidad de realizar técnicas incisionales o la implantación de lentes intraoculares tóricas como por ejemplo leucomas corneales, roturas del saco capsular o debilidad zonular. Se ha mejorado en el mercado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados independientemente de la técnica elegida al utilizar el marcador corneal-péndulo y el anillo de Méndez disponibles en quirófano.

Se ha intentado lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual en cada caso, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

Por ese motivo se ha tenido en cuenta la decisión de cada paciente, siendo fundamental la decisión de seguir utilizando gafas para sus actividades de lejos y cerca o solamente para trabajos de cerca.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el año 2018 se han realizado en nuestro servicio 470 cirugías de catarata.

En 12 casos se han realizado técnicas incisionales, incisiones paralelas en el eje corneal más curvo reduciendo de medida 1 dioptría el astigmatismo corneal.

Se han implantado 8 lentes monofocales tóricas SN6AT. De ellas 3 son SN6AT6 que corrigen 3.75 dioptrías de astigmatismo corneal, 2 son SN6AT8 que corrigen 5.25 dioptrías y 3 son SN6AT9 que corrigen 6 dioptrías.

Se ha obtenido una visión de lejos media sin necesidad de corrección óptica de 0.9 sobre 1. La valoración de la agudeza visual de lejos por parte de los pacientes ha sido muy positiva con un gran impacto en su calidad de vida. El 95% de los pacientes ha necesitado corrección óptica para una distancia de trabajo intermedia-cercana (para realizar actividades a 30-45 centímetros).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos mejorado en la valoración realizada previa a la cirugía tratando individualmente a cada paciente. En dicha valoración hemos tenido en cuenta todos los parámetros cuantitativos aportados por el biómetro LENSTAR.

Se han tenido en cuenta las preferencias de cada paciente ya que nos hemos dado cuenta de que personas de mayor edad prefieren seguir utilizando gafas para sus actividades cotidianas y personas más jóvenes prefieren ser independientes de las mismas.

Nuestro objetivo es lograr que nuestros pacientes tengan una buena agudeza visual de lejos y de cerca, que tengan buena calidad visual y que puedan desarrollar cómodamente sus actividades cotidianas.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Por ese motivo nuestro ejemplo a seguir son las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Oftalmología que indican considerar la cirugía de catarata como una cirugía "faco-refractiva". Pero siempre este concepto dependerá de las predilecciones de cada paciente.

#### 7. OBSERVACIONES.

Debemos seguir trabajando en esta línea, no solamente corrigiendo el defecto refractivo y consiguiendo la emetropía para la visión lejana si no intentado mejorar la calidad visual de cerca. Por ese motivo queremos poder implantar lentes de foco extendido (como la lente TECNIS SYmfony) que permiten a los pacientes ver a todas las distancias gracias al aumento de la profundidad de enfoque. De esta forma buscamos lograr la independencia de las gafas, sobre todo en pacientes más jóvenes.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/225 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0225

Título  
MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA. CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Autores:  
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, PASTOR ESPUIG MARIA, GARGALLO BENEDICTO AMPARO, OLATE PEREZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Ancianos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La población de Teruel ha experimentado un envejecimiento gradual en las últimas décadas. En la consulta de oftalmología se atiende a un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada. Con el envejecimiento se producen cambios a nivel del sistema visual; entre estos cambios cabe destacar el desarrollo de cataratas y cambios en el defecto refractivo. La catarata constituye la opacificación del cristalino y ocasiona un déficit visual asociado a una peor calidad de vida de los pacientes. El astigmatismo es un defecto de refracción en el que ni por acomodación, ni modificando la distancia de los objetos, el ojo es capaz de obtener imágenes enfocadas. El paciente con catarata puede tener cualquier defecto refractivo (miopía, hipermetropía y/o astigmatismo). Su repercusión se suma ocasionando un déficit visual, posibilidad de presentar diplopía monocular, fotofobia, dificultad en situaciones escotópicas y dificultad de percibir objetos en movimiento. En la actualidad la cirugía de la catarata se define como cirugía "faco-refractiva", es decir, buscamos el resultado refractivo ideal para cada paciente. Intentamos lograr la mejor situación refractiva según sus necesidades. En la mayoría de los casos tenemos que intentar conseguir la emetropía). Contamos con diferentes potencias de lentes intraoculares para corregir la miopía e hipermetropía que pueda presentar el paciente que vamos a intervenir. La dificultad radica en la corrección del astigmatismo. Se debe instaurar un protocolo de corrección del astigmatismo del paciente durante la cirugía de catarata. En la actualidad la Sociedad Española de Oftalmología y diferentes Guías de Práctica Clínica aconsejan corregirlo dejando 0.50-0.75 dioptrías de astigmatismo en contra de la regla. Contamos con técnicas incisionales y lentes intraoculares tóricas que permiten lograr ese resultado.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Mejora en la valoración de cada uno de los pacientes que vamos a intervenir de catarata. Estudiar en cada caso la biometría que nos aporta el biómetro Lenstar (biometría óptica que nos permite conocer la potencia de la lente intraocular que tendremos que implantar para conseguir la emetropía del paciente), la queratometría, las características de la córnea y del cristalino. Implantación del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología sobre el manejo del astigmatismo durante la cirugía de la catarata. Valorar en cada caso cuantitativa y cualitativamente dicho astigmatismo. En función de las características de la superficie ocular y del cristalino, y, de dicho astigmatismo decidir la corrección del mismo con medidas incisionales o con lentes intraoculares tóricas. Dejar un astigmatismo residual en contra de la regla de 0.50-0.75 dioptrías.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0225

### 1. TÍTULO

#### MANEJO DEL DEFECTO REFRACTIVO DEL PACIENTE CON CATARATA, CORRECCION DEL ASTIGMATISMO DURANTE LA CIRUGIA DE CATARATA

Mejora en el mercado del eje del astigmatismo previo a la cirugía para optimizar los resultados. Lograr el concepto de cirugía faco-refractiva consiguiendo el mejor resultado visual, logrando la satisfacción de cada paciente en función de sus requerimientos visuales.

#### MÉTODO

Dejar reflejado en la historia de cada paciente las características de la superficie ocular y del cristalino. Características que podrían modificar nuestra actuación durante la cirugía. Estudio de la queratometría (potencia del astigmatismo corneal y su eje) y biometría en la consulta al realizar la biometría con el biómetro óptico Lenstar. Manejar el software de gestión Eyesuite. Introducir la refracción previa y posterior a la cirugía de cada paciente. Valorar gracias a dicho software el efecto logrado por cada oftalmólogo sobre el defecto de refracción del paciente tras la cirugía, fundamentalmente el efecto sobre la corrección del astigmatismo al realizar una técnica incisional. Existen nomogramas orientativos que nos guían en el efecto logrado según las características de dicha técnica insional, pero cada profesional debe conocer el resultado que consigue con su trabajo. El software Eyesuite nos puede ayudar a conocer el efecto que logra cada uno de los profesionales del servicio de oftalmología. Utilizar el sistema de marcado del eje del astigmatismo en todos los pacientes. Utilizar las diferentes páginas web que permiten calcular la lente intraocular tórica que deseamos implantar en cada caso. Decidir la técnica que requiere cada caso en función de la cuantía de astigmatismo que debemos corregir. Cuando debamos corregir menos de 2.5 dioptrías de astigmatismo se elegirá una técnica insional y cuando el astigmatismo sea mayor se planteará colocar una lente introcular tórica.

#### INDICADORES

Nivel de satisfacción de los profesionales.  
Efecto logrado por cada profesional.  
Nivel de satisfacción de los pacientes.  
Situación refractiva deseada tras la cirugía.

#### DURACIÓN

Julio-Septiembre 2017: Implantar la utilización del software Eyesuite.  
Septiembre 2017-Diciembre 2018: Puesta en marcha del protocolo de la Sociedad Española de Oftalmología.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... AMPARO GARGALLO BENEDICTO

- Profesión ..... MEDICO/A
- Centro ..... H OBISPO POLANCO
- Localidad ..... TERUEL
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO CASADO MARIA NIEVES  
ALIAS ALEGRE EVA GLORIA  
CUESTA GALLARDO ISABEL  
ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO  
GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inicio de la actividad prevista en la práctica clínica diaria de las consultas (finales de 2018). Se informa al paciente de la patología que presenta y del tipo de tratamiento-seguimiento previstos. Se realiza la anamnesis y exploración y se recogen los datos. Se entregan los cuestionarios de evaluación de la sintomatología (DEQ5 y OSDI) a los pacientes. Se prescribe tratamiento individualizado y se programa la frecuencia de seguimiento.
- Elaboración de planilla de exploración inicial y seguimiento para recogida de datos.
- Se pretende continuar con recogida de datos durante 2019, aplicándose a los pacientes con criterios diagnósticos de síndrome de ojo seco a medida que acuden a las consultas.

- Indicadores:

- 1. Subjetivos: Puntuación cuestionarios DEQ5 y OSDI.
- 2. Objetivos (para cada ojo):
- Agudeza visual (decimal)
- TBUT (segundos)
- Schirmer I (milímetros)
- Tinción (Puntuación)
- Necesidad de ascenso en escala terapéutica
- Indicación de Suero Autólogo-Hemoderivados.
- Complicaciones relacionadas con la patología/ tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fase de recogida de datos. Se ha realizado exploración inicial sin datos todavía de los seguimientos. No se ha realizado evaluación de resultados (Prevista para realizar al año del inicio; finales de 2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trata de un proyecto que ayuda en el abordaje diagnóstico-terapéutico de los pacientes con ojo seco, que supone un motivo de consulta frecuente en las consultas de oftalmología y es causa de comorbilidad en otras patologías oftalmológicas. La aplicación del protocolo implica consumo de mayor tiempo de consulta y requiere colaboración y comprensión por parte del paciente.

Ayuda en la confirmación y diagnóstico diferencial de otras patologías (otras patologías de superficie, epífora relacionada con obstrucción de la vía lagrimal...)

7. OBSERVACIONES.

Se valorará la posibilidad de completar el abordaje diagnóstico mediante citología de impresión, medida de la osmolaridad de la película lagrimal y/o técnicas de diagnóstico más sofisticadas en los casos más severos, así como la posibilidad de utilizar otros derivados hematopoyéticos en casos severos con compromiso visual / ocular. (Endoret ®), cuya efectividad ha sido demostrada y constituyen opciones de tratamiento consolidadas en esta patología, no disponibles en nuestro centro en la actualidad.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/1528 ===== \*\*\*

Nº de registro: 1528

Título

MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

Autores:

GARGALLO BENEDICTO AMPARO, NAVARRO CASADO MARIA NIEVES, ALIAS ALEGRE EVA GLORIA, CUESTA GALLARDO ISABEL,

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

ANGOS SEGURA JOSE ANTONIO, GONZALEZ GOMEZ NICOLAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Enfermedades del ojo y sus anexos  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El concepto y manejo del síndrome de ojo seco ha evolucionado notablemente en los últimos 20 años. Con el objetivo de unificar y llegar a un consenso global de los múltiples aspectos del síndrome de ojo seco (SOS) con un enfoque basado en la evidencia, se ha elaborado en el 2017 el informe TFOS-DEWS II (Tear Film and Ocular Surface Society - Dry Eye Workshop), según el cual el ojo seco es una enfermedad multifactorial de la superficie ocular que se caracteriza por pérdida de la homeostasis de la película lagrimal y que se acompaña de síntomas oculares; en su etiología juegan un papel principal la inestabilidad de la película lagrimal, la hiperosmolaridad, la inflamación y daño de la superficie ocular y las alteraciones neurosensoriales.

La sintomatología asociada a la enfermedad de ojo seco es uno de los motivos más frecuentes que conduce a los pacientes a solicitar atención oftalmológica. Se trata de una patología muy común en la población, con curso crónico que puede ser origen de frustración médica y del paciente, morbilidad visual y puede comprometer los resultados de la cirugía de catarata, corneal y refractiva.

El informe DEWS II propone un tratamiento escalonado e individualizado del SOS, en función de la severidad. Se establecen 4 niveles de tratamiento, comenzando por el nivel 1, avanzando al siguiente escalón una vez agotadas las posibilidades terapéuticas de cada nivel.

En el escalón 3, se incluye el uso de derivados hemáticos, entre los que se encuentra el colirio de suero autólogo, el plasma rico en plaquetas, suero alogénico y de cordón umbilical. En nuestro servicio, hemos contemplado la creciente cantidad de pacientes con enfermedad de ojo seco que reciben tratamiento con colirio de suero autólogo, elaborado y procesado en nuestro hospital por el servicio de Hematología. Sin embargo el riesgo de infección, unido a la necesidad de venopunciones frecuentes obliga a restringir su uso a casos severos o refractarios a otros tratamientos

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un protocolo de diagnóstico del Síndrome de Ojo seco, de acuerdo a las actualizaciones del informe DEWS II
- Identificación de las causas locales y sistémicas del SOS.
- Optimización e individualización de las pautas de tratamiento, siguiendo el tratamiento escalonado propuesto en el DEWS II
- Revisar y homogeneizar las indicaciones de tratamiento con lágrimas de suero autólogo y limitar su uso a los casos severos refractarios a otros tratamientos y así disminuir los riesgos potenciales y la sobrecarga de trabajo en el servicio de Hematología.
- Educación y mejoría de la adherencia al tratamiento en pacientes con SOS.
- Prevenir el empeoramiento de la sintomatología y los hallazgos clínicos relacionados con la enfermedad.

#### MÉTODO

- Identificación y reclutamiento de pacientes en las consultas y urgencias oftalmológicas: Triage inicial con los cuestionarios de evaluación de síntomas DEQ-5 y/o OSDI®
- Estudio de los factores de riesgo relacionados con la enfermedad
- Exploración y test diagnósticos del SOS: clasificación del subtipo de enfermedad
- Informar al paciente sobre su enfermedad, sintomatología asociada y estilo de vida saludable.
- Inicio del tratamiento escalonado.
- Evaluación de resultados según los indicadores establecidos.

#### INDICADORES

- Seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta y el ajuste del tratamiento. El intervalo de las revisiones dependerá de la severidad del cuadro, del enfoque terapéutico y de la respuesta al mismo (servicio de Oftalmología)
- Se realizara una evaluación de la repuesta al tratamiento (servicio de Oftalmología):
  - o Subjetiva: Puntuación obtenida en los cuestionarios DEQ5 y OSDI® antes y después de los cambios terapéuticos.
  - o Objetiva: Agudeza visual y exploración oftalmológica de los signos asociados a la enfermedad.
- Número de pacientes con indicación de tratamiento con colirio de suero autólogo durante el periodo establecido del proyecto. (Comparación con el registro del número de pacientes a los que se les ha elaborado

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1528

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN EL ABORDAJE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL PACIENTE CON SINDROME DE OJO SECO: IMPLANTACION DEL PROTOCOLO DEWS II. INDICACIONES DEL SUERO AUTOLOGO

colirio de suero autólogo en el Servicio de Hematología en periodos de la misma duración anteriores) (Servicio de Hematología)

- Registro de las posibles complicaciones relacionadas con la extracción o la aplicación del suero autólogo. (Ambos servicios)

#### DURACIÓN

Inicio del proyecto en el curso 2018 e implantación en la práctica clínica diaria en el manejo del paciente con ojo seco en la consulta de oftalmología. Se evaluarán los resultados según los indicadores previstos de manera individualizada en el día a día de las consultas. Se realizará una evaluación conjunta de los resultados al año del inicio.

#### OBSERVACIONES

Se selecciona como población diana todas las edades, si bien la población fundamentalmente afecta es la de la edad adulta y anciana.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ISABEL FERRER PEREZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
CAÑELLAS MARTORELL JAIME

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.  
revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos. Diseño de la encuesta de satisfacción. Entrega del nuevo CI a los pacientes. Realización de encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.  
Objetivo de satisfacción del paciente cumplido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.  
Un CI con explicaciones claras facilita el asesoramiento clínico y satisface a los pacietnes.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/276 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0276

Título  
OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Autores:  
FERRER PEREZ ANA ISABEL, CAÑELLAS MARTORELL JAIME, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, CASTELLOTE GARCIA MARIA JESUS, RILOVA FERNANDEZ ISABEL, CIRUJEDA CIRUJEDA ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Neoplasias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
El consentimiento informado que utilizamos para los pacientes oncológicos que van a iniciar tratamiento activo en nuestra Unidad es el mismo desde hace unos 13 años. En los últimos años, el arsenal terapéutico en oncología ha aumentado sustancialmente, con la aparición de fármacos con mecanismos de acción y toxicidades muy diferentes a la quimioterapia clásica.  
En la consulta de Primer día de Oncología se informa detalladamente al paciente de las características del tratamiento farmacológico que se les va administrar y de los efectos secundarios que puede producir. Sin embargo, el consentimiento informado actual muchas veces no refleja las toxicidades reales. Además, en ocasiones, el paciente no es capaz de retener toda esta información y puede quedarse con dudas que le generan más inseguridad y ansiedad.  
Proponemos redactar un nuevo consentimiento informado que refleje bien la información y riesgos de las medicaciones actuales.  
Se propone también, entregar una copia del CI al paciente para que la lea detenidamente en casa y que en sucesivas visitas pueda formular las preguntas que considere oportunas. Todo ello con la intención de mejorar la información ofrecida a los pacientes y mejorar la relación oncólogo-paciente.  
La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0276

### 1. TÍTULO

#### OPTIMIZACION DE LA INFORMACION AL PACIENTE ONCOLOGICO MEDIANTE REVISION Y ACTUALIZACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de la atención al paciente en la Consulta de Primer día de Oncología. Esta consulta suele ser muy difícil para el paciente. Lo normal es que se encuentre muy nervioso y a veces no sea capaz de retener toda la información que se le da: diagnóstico, pronóstico, tratamiento, plan a seguir...

Nuestro objetivo es facilitar al paciente este primer contacto con nuestro Servicio dando una información sencilla por escrito de los efectos secundarios de los fármacos que va a recibir. El fin es que salga de la Consulta con la seguridad de que se lleva un documento informativo que puede leer con más tranquilidad en otro momento.

Con esto se intenta evitar también que el paciente tenga que recurrir:

- A otras fuentes menos fiables (otros pacientes, familiares, profesionales no cualificados, internet...)  
- A las compañeras de enfermería del Hospital de Día donde no suelen haber ni tiempo suficiente, ni se puede dar la información con la confidencialidad deseable en estos casos.

- De nuevo a la consulta de Oncología para consultar asuntos sobre la toxicidad de los fármacos que no les han quedado claros.

Al tiempo que se mejora la atención al paciente se disminuirán las consultas innecesarias en el Hospital de Día y en la Consulta de Oncología Médica.

##### MÉTODO

La revisión y redacción del nuevo CI se hará basándose en las últimas recomendaciones de nuestra Sociedad Científica para la redacción de los CI.

Esta información escrita la entregará el oncólogo al paciente en la Consulta de Primer día. El paciente firmará una copia que se incluirá en la Historia Clínica y se le ofrecerá otra copia para que lea detenidamente con posterioridad y consulte sus dudas en las siguientes visitas.

En la Segunda visita se dará al paciente una breve encuesta de satisfacción que cumplimentará y entregará ese día.

##### INDICADORES

- a) N° de Documentos informativos entregados /N° de Primeras visitas en Oncología que precisan tto activo
- b) N° de Encuestas de satisfacción realizadas /N° de Segundas visitas

El Oncólogo responsable del paciente será el encargado de registrar los documentos entregados en su consulta y de recoger las encuestas de satisfacción de los pacientes. El responsable de su análisis será el coordinador de este proyecto.

Evaluación positiva se entenderá por a) >85% y b) > 70 %

##### DURACIÓN

De diciembre/2017 a marzo/2018: revisión, discusión y redacción del nuevo CI por parte de los facultativos.

Abril/2018: se diseñará la encuesta de satisfacción para el paciente.

Mayo/2018 hasta septiembre/2018: entrega de nuevo CI a cada paciente y de encuestas de satisfacción.

Septiembre/2018 hasta diciembre/2018: recogida de encuestas y análisis de datos.

Si la encuesta de satisfacción supera el 70% se consolidará el CI como estándar en nuestra práctica clínica habitual.

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

### 1. TÍTULO

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Fecha de entrada: 17/01/2019

2. RESPONSABLE ..... FRANK ALBERTO BETANCES REINOSO

· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAMARRO LAHOZ TERESA  
HEREDIA LOPEZ GIOVANNY PATRICIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron 385 niños de entre 6 y 12 años matriculados en el colegio público Ensanche de Teruel.

El tamaño de muestra se basó en la estimación de una proporción. Se estimó que la prevalencia de la disfonía infantil oscila, según bibliografía, desde el 6 % hasta el 25% 1,2,3. Con un nivel de confianza del 95 % y tomando una precisión entre el 3 % y el 5%, serían necesario incluir entre 241 y 289 niños en nuestro estudio; suponiendo una tasa de pérdidas del 10 %, la muestra necesaria se estimó entre 265 y 318 niños. Finalmente se obtuvo una muestra de 200, siendo la precisión según la prevalencia estimada del 3,3 y 6% que se consideró aceptable. Los cálculos se realizaron con Epidat 3.1.

Nuestros criterios de inclusión fueron: Niños; en edad escolar; de Teruel; matriculados en el colegio Ensanche. Como criterios de exclusión utilizamos: edad menor de 6 años y mayores de 12 años; enfermedades congénitas que afectaran al buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital General de Teruel. Los padres fueron informados mediante una hoja informativa adjunta a las encuestas acerca de los objetivos del estudio y de la garantía de anonimato de la encuesta.

Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizamos el índice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz y cols 7 (Figura 1) al cual agregamos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participaba en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitores identificaban cuánto hablaba el niño, siendo el mínimo poco hablador y el máximo muy hablador.

Los resultados fueron analizados con JASP Team (2018). JASP (Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Inicialmente reclutamos 385 niños para nuestro estudio. De éstos, 235 aceptaron colaborar, de los cuales 200 niños cumplieron los criterios de inclusión. 103 fueron de sexo femenino lo que representó un 51,5 % y 97 masculinos lo que supuso un 48,5 %. El rango de edad fue de 7 a 12 años; el 50,5 % se encontraba entre los 10 a 11 años (Tabla 1 y 2).

En nuestro estudio, el 57 % de los padres identificaron alteraciones de la voz en sus hijos (114 niños), de los cuales 17 puntuaron en rango patológico ( $24 \pm 11$ ) lo que representó el 8,5 % del total.

Comparando de manera independiente cada uno de los valores, en el caso de la escala visual, la puntuación media fue de 5,4 con una desviación estándar de 1,2. El rango de P-VHI fue de 0 a 43 con una media de 3,9 y una desviación estándar de 6,3 (Tabla 3).

Se realizó un test de correlación de Pearson para valorar la correlación entre la escala visual y los resultados del P-VHI, con un resultado  $R = 0,276$  con una  $P < 0,001$ , con lo cual se demuestra que existe una débil asociación negativa entre ambos resultados.

Al analizar el sexo y las puntuaciones del P-VHI encontramos que las puntuaciones fueron superiores en el sexo masculino (Figura 2).

22 niños asistían a clase de canto lo que representaba el 11 % del total, pero al comparar las puntuaciones del P-VHI con las obtenidas en los que no asistían a clases de canto detectamos una menor puntuación en estos últimos.

El 19 % de los niños (38 niños) indicaron padecer de alergias, y al comparar sus puntuaciones del P-VHI con los que respondieron negativamente, encontramos una puntuación media de 5,9 con una desviación estándar de 8,6 (Tabla 4).

Finalmente, el 86 % los niños practicaban deporte para un total de 166; estos pacientes presentaron una puntuación media del P-VHI de 4,0 (Tabla 5).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Detectamos trastornos de la voz en un 57 % de los niños evaluados y de estos el 8,5 % obtuvo puntuaciones dentro del rango patológico por lo que es necesario una valoración por el otorrinolaringólogo para descartar patologías orgánicas que puedan comprometer la voz del niño a largo plazo.

Por la relativa rapidez y facilidad con la cual los padres rellenaban el cuestionario del índice de discapacidad vocal pediátrico recomendamos su uso e inclusión en los protocolos estándar para la evaluación de la voz en la población pediátrica.

7. OBSERVACIONES.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

### 1. TÍTULO

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

El sexo masculino aparentemente es un factor de riesgo para la disfonía infantil, posiblemente ligado al comportamiento más impulsivo y agresivo de los niños. Finalmente, es posible que las clases de canto y el deporte sean favorecedores de una buena higiene vocal y por ende factores protectores, pero consideramos que es necesario realizar más estudios para poder confirmar dichas asociaciones.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/360 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0360

Título  
PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

Autores:  
BETANCES REINOSO FRANK ALBERTO, ZAMARRO LAHOZ TERESA, HEREDIA LOPEZ PATRICIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Trastornos de la voz  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
La disfonía durante la edad escolar incapacita al niño, repercutiendo negativamente en el desarrollo de habilidades sociales y dicha incapacidad puede condicionar un estado retraimiento que afecte el rendimiento escolar del niño, no existe datos epidemiológicos en la literatura indexada sobre la prevalencia de disfonía infantil en España.

Los trastornos de la voz en los niños son relativamente frecuentes, pero desconocemos su prevalencia en la población infantil local, y mismo tiempo desconocemos que factores podrían estar relacionados con el desarrollo de dicho trastornos.

Por lo que consideramos de extrema necesidad determinar su prevalencia para poder poner en marcha programas o proyectos de prevención y detección en el ámbito sanitario y educativo que nos permitan evitar e intervenir precozmente la aparición de estas dificultades que tanto pueden repercutir en el niño en determinadas etapas de su desarrollo.

RESULTADOS ESPERADOS  
Objetivo principal :

Determinar la prevalencia de trastornos de la voz en la población infantil del colegio publico Ensanche de Teruel

Objetivos secundarios:

Determinar factores de riesgo asociados la disfonía.  
Determinar incidencia por sexos.  
Determinar incidencia por edad.  
Determinar si las clases de canto tienen un efecto protector.  
Determinar si el deporte tiene algún efecto sobre la prevalencia.  
Determinar si las alergias tienen alguna correlación.  
Determinar si existe asociación al asma.

MÉTODO  
Luego de obtener los resultados de prevalencia, procederemos a poner en marcha una serie de programas de concienciación, donde incluiremos tanto a los profesores como a los padres. Organizaremos una reunión con servicio de rehabilitación en conjunto con la logopeda para generar estrategias orientadas a la población infantil de Teruel. Cuando inicie el año escolar el servicio de ORL de Teruel en conjunto con rehabilitación realizara una charla para explicar a los niños el correcto uso de la voz.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0360

### 1. TÍTULO

#### PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE LA VOZ EN LA POBLACION INFANTIL DE TERUEL

##### INDICADORES

Para identificar los niños con algún trastorno de la voz utilizaremos el índice de discapacidad vocal pediátrico validado por Lorena Sanz Y cols al cual agregaremos edad, sexo, asistencia a clases de canto, si participa en actividades deportivas y cuantas horas a la semana, alergias, asma y finalmente una escala visual analógica donde los progenitoras identificaban cuanto habla el niño siendo el mínimo poco hablando y el máximo muy hablador.

La versión en español del cuestionario de discapacidad vocal pediátrico P-VHI fue validada en el año 2015 demostrando una muy buena consistencia interna.

El P-VHI es una prueba confiable para la detección de la disfonía que es rellenado por los familiares y que nos brinda una idea global de la afectación. Se caracteriza por su fácil aplicación en la práctica clínica diaria y nos proporciona información adicional para comprender mejor cómo los niños perciben la disfonía.

Los resultados serán analizados con el programa informático JASP Team (2018). JASP (Version 0.8.5.1), Ámsterdam, Holanda.

Criterios de inclusión:

Niños en edad escolar de Teruel matriculados en el colegio ensanche

Criterios de exclusión:

Edad menor de 6 años y mayores de 12 años, enfermedades congénitas que afecten el buen desarrollo anatómico de la laringe y finalmente trastornos metabólicos.

##### DURACIÓN

Tenemos previsto finalizar el proyecto a finales de mayo 2018

##### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

### 1. TÍTULO

#### VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BENITO COSTEY SILVIA  
MARTIN RUIZ NURIA  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO  
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL  
MARTIN CALAMA JESUS  
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.
- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.
- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.
- Creación de un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.
- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.
- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.
- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.
- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

- 1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.
- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

#### 7. OBSERVACIONES.

Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

### 1. TÍTULO

#### VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0354

Título  
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:  
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

RESULTADOS ESPERADOS  
Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

MÉTODO  
El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.  
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

INDICADORES  
- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.  
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

DURACIÓN  
La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.  
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.  
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.  
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354**

**1. TÍTULO**

**VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LACALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES**

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

### 1. TÍTULO

#### VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BEATRIZ SANCHEZ MARCO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BENITO COSTEY SILVIA  
MARTIN RUIZ NURIA  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO  
MUÑOZ ALBILLOS MARISOL  
MARTIN CALAMA JESUS  
GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de realizar un sistema de videoconferencia entre los servicios de Pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet y el Hospital Obispo Polanco se ha procedido a la realización de las siguientes actividades.

- Compra de micrófonos y videocámaras para realización de videoconferencia.
- Asignación de responsables en cada Unidad de Pediatría en Hospital Miguel Servet y Hospital Obispo Polanco para realizar videoconferencia.
- Creación de 2 cuentas de correo electrónico gmail en cada uno de los hospitales implicados.
- Creación de un protocolo de utilización del programa "Google Hangouts" utilizado para la realización del servicio de videoconferencia (sistema basado en videollamada) entre ambos servicios.
- Realización de videoconferencia entre ambos servicios de Pediatría tres veces por semana de 8:15 h-9 h salvo cuando no ha sido posible por demanda asistencial o periodos festivos que se continúa en la actualidad.
- Actualización de conocimientos de los profesionales sanitarios mediante la realización de sesiones y protocolos clínicos durante las videoconferencias.
- Adecuación y concilio del seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieren.
- Discusión clínica en casos dudosos o de difícil diagnóstico y valoración de derivación a Unidades especialistas

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores de evaluación utilizados y los estándares obtenidos son los siguientes, contando desde un periodo inicial del 2 de mayo hasta el 31 de Enero, aunque dicho proyecto se mantiene en la actualidad:

- 1.Días en los que se realiza videoconferencia/días laborables totales (lunes-viernes): 60%.
- 2. Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/realización de sesiones clínicas en total: 80%.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de la videoconferencia entre dos servicios de Pediatría de diferentes hospitales, permite compartir sesiones y protocolos clínicos mejorando la docencia y actualización de los profesionales sanitarios. Además favorece la discusión de casos clínicos dudosos, la adecuación y conciliación del seguimiento clínico en pacientes controlados en ambos hospitales así como valorar la posible derivación a Unidades especialistas de referencia.

El proyecto se continúa realizando en la actualidad con duración por el momento indefinida.

Sería conveniente incrementar la frecuencia de las sesiones de videoconferencia realizadas, no obstante, la demanda asistencial dificulta en ocasiones este cometido.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/354 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354

### 1. TÍTULO

#### VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Nº de registro: 0354

Título  
VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES

Autores:  
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUE,  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, MARTIN CALAMA JESUS, GARCIA PEREZ JUAN MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA PEDIÁTRICA  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Dado el creciente manejo multidisciplinar y/o derivación de los pacientes a Centros Sanitarios de referencia, la utilización de la videoconferencia como medio para valorar la derivación de pacientes, el manejo clínico y asistencial, puede facilitar y simplificar el acceso a un especialista en menor tiempo, y posibilita mejorar la atención médica en áreas con mayor dispersión de la población, conservando una atención de calidad. Además permite mejorar la docencia de los profesionales al poder compartir sesiones y protocolos clínicos entre diferentes servicios.

#### RESULTADOS ESPERADOS

Iniciar un sistema de videoconferencia entre servicios de Pediatría de diferentes sectores (Sector II, Hospital Infantil Miguel Servet y Sector Teruel, Hospital Obispo Polanco) para:

- Realizar discusión clínica de casos dudosos.
- Valorar derivación a Unidades especialistas de referencia en casos que precisen.
- Adecuar y conciliar el seguimiento clínico de aquellos pacientes que así lo requieran.
- Compartir sesiones y protocolos clínicos hospitalarios que permitan la actualización de los profesionales sanitarios.

#### MÉTODO

El inicio del sistema de videoconferencia se ha consensuado y aprobado por las subdirecciones médicas y jefes de servicio de ambos hospitales.  
Dos representantes (médicos adjuntos) en cada uno de los servicios, serán los responsables de iniciar y finalizar la conexión de la videoconferencia durante el parte médico entre ambos hospitales. En el caso de que alguno de estos no se encontrara presente asignarán un responsable que se encargará de la misma tarea.

#### INDICADORES

- Días en los que se realiza videoconferencia/días destinados a realización de conferencia. Estándar: 80%.
- Realización de sesiones y/o protocolos clínicos por videoconferencia/ realización de sesiones y/o protocolos clínicos en total. Estándar: 80%.

#### DURACIÓN

La videoconferencia se realizará en horario de mañana de 8:15 h a 9:00 h, horario en el que se realiza el parte de guardia y sesiones clínicas en ambos servicios.  
Se llevará a cabo de manera diaria a excepción de aquellos días en los que por demanda asistencial o periodos festivos/vacacionales no pueda realizarse.  
La fecha de inicio prevista es el 2 de Mayo.  
La duración es de 6 meses prorrogable de manera indefinida.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0354**

**1. TÍTULO**

**VIDEOCONFERENCIA ENTRE SERVICIOS DE PEDIATRIA DE DIFERENTES SECTORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y DOCENCIA DE LOS PROFESIONALES**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN RUIZ NURIA  
VALERO ADAN ADELA  
MENDEZ MUÑOZ ISABEL  
VICENTE MONFORTE PILAR  
MAICAS PEREZ ANA BELEN  
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA  
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:

- Calcio iónico:
  - Muestra venosa 4,6-5,4 mg/dL.
  - Muestra capilar 4,4-5,7 mg/dL.
- Cloro:
  - Muestra venosa 101-110,7 mmol/L.
  - Muestra capilar 102-116,7 mmol/L.
- Sodio:
  - Muestra venosa 133-143 mmol/L.
  - Muestra capilar 134,5-147 mmol/L.

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos iones en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se pueden conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/489 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título  
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:  
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELEN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado. La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.  
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

**MÉTODO**  
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo. Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

#### INDICADORES

Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

#### DURACIÓN

La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a la población.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE ..... SILVIA BENITO COSTEY  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN RUIZ NURIA  
VALERO ADAN ADELA  
MENDEZ MUÑOZ ISABEL  
VICENTE MONFORTE PILAR  
MAICAS PEREZ ANA BELEN  
LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA  
MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El objetivo de este proyecto era comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. Para la consecución del mismo se extrajo una muestra de calcio venoso y capilar de forma simultánea en 52 individuos voluntarios sanos con edad comprendida entre los 19-63 años. Se analizó la gasometría capilar inmediatamente y la venosa los primeros 30 minutos tras su extracción, conservando las muestras a temperatura ambiente hasta su análisis.

La gasometría venosa se recogió en jeringas de heparina de litio (23 UI/mL) y la gasometría capilar en capilares en tubos capilares de heparina de litio (aproximadamente 100 UI/mL). El análisis se realizó en los autoanalizadores GEM4000. Además del calcio, se estudió el sodio y el cloro.

Está en proceso la inclusión de la prueba en la cartera de servicios del Servicio de Análisis Clínicos, de la cual pueden beneficiarse pacientes con dificultad de extracción de muestras de sangre venosa.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo principal del estudio era comprobar la correlación del calcio sanguíneo en muestras de sangre capilar y venosa para que pacientes en los que una extracción de sangre venosa pueda ser dificultosa o entrañar complicaciones se puedan beneficiar de un análisis riguroso del mismo con una muestra capilar. Se ha añadido un objetivo secundario al analizar otros iones de interés similar al calcio, como son el cloro y el sodio.

Los intervalos de referencia estandarizados para cada uno de los iones son: calcio iónico 4,2-5,2 mg/dL, cloro 100-106 mmol/L y Sodio 135-145 mmol/L. Los intervalos obtenidos en cada una de las muestras venosa y capilar para cada ion estudiado son los siguientes:

- Calcio iónico:  
- Muestra venosa: 4,6-5,4 mg/dL  
- Muestra capilar: 4,4-5,7 mg/dL  
- Cloro:  
- Muestra venosa 101-110,7 mmol/L  
- Muestra capilar 102-116,7 mmol/L  
- Sodio:  
- Muestra venosa 133-143 mmol/L  
- Muestra capilar 134,5-147 mmol/L

Del estudio se puede inferir que los valores de referencia para el calcio y el sodio son equivalentes en ambas muestras, pudiendo ser fiable una muestra de sangre capilar para determinar dichos elementos en sangre en un paciente con imposibilidad o dificultad en la extracción de sangre venosa. Sin embargo los valores de referencia para el cloro difieren sustancialmente en ambas muestras por lo que no se puede deducir que los niveles de cloro de una muestra capilar sean equivalentes a los de una muestra venosa.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido el objetivo principal en el que se pone de manifiesto la correlación de los niveles de calcio en muestra capilar con los de muestra venosa, y como objetivo secundario se ha observado la correlación de los niveles de sodio. Gracias a la realización de este estudio se puede conocer los valores sanguíneos de calcio y sodio mediante muestra de sangre capilar en pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la obtención de una muestra de sangre venosa.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/489 ===== \*\*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Nº de registro: 0489

Título  
DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

Autores:  
BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA, VALERO ADAN ADELA CAYETANA, MENDEZ MUÑOZ ISABEL, VICENTE MONFORTE PILAR, MAICAS PEREZ ANA BELEN, LOPEZ HERNANDEZ ROSA MARIA, MARTIN MUÑOZ MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte  
Otro Tipo Patología: ALTERACIONES EN LA CALCEMIA  
Línea Estratégica .: Otras  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
Las alteraciones en las concentraciones de calcio en sangre, hipercalcemia e hipocalcemia, son frecuentes y pueden constituir emergencias vitales. En la práctica clínica, se tiende a valorar el balance de calcio por medio de la concentración sérica de calcio total, pero esto puede conducir a conclusiones y decisiones inadecuadas para el paciente, ya que es el calcio ionizado la fracción libre y fisiológicamente activa. Alteraciones en la concentración de proteínas o alteraciones en el equilibrio ácido-base modifican la fracción de calcio ionizado. La IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) recomienda determinar la concentración de calcio iónico por potenciometría directa con electrodo selectivo-ión calcio combinado con un electrodo externo de referencia. Uno de los tipos de muestras que se puede emplear es sangre total empleando heparinas balanceadas con litio.  
A priori el tipo de muestra arterial, venosa o capilar no influye en la concentración de calcio iónico, siempre y cuando los anticoagulantes y el volumen empleado sea el adecuado, y se preste atención a las condiciones preanalíticas.

Los dispositivos para la obtención de muestra capilar contienen una cantidad aproximada, no exacta de heparina, que podría alterar el resultado de dicha muestra. No conocemos los valores de referencia para el calcio iónico obtenido de muestra capilar, y no existen suficientes estudios que permitan valorar la interferencia en los resultados del anticoagulante en el dispositivo de recogida de la muestra

Sin embargo, en determinados pacientes, la extracción de una muestra venosa sanguínea podría suponer un riesgo, no así la muestra capilar. Concretamente, se presenta el caso de una paciente de 4 años del servicio de pediatría del Hospital Obispo Polanco afecta de osteogénesis imperfecta en la que una contención para una extracción analítica venosa supone un riesgo elevado de fractura ósea. Dicha paciente precisa controles de calcio sanguíneo ocasionalmente y en ella es preciso extremar las medidas preventivas para evitar una fractura ósea. Una forma de evitar la contención que supone la extracción analítica venosa es la realización de una extracción capilar, que generalmente precisa menor contención y la paciente se encuentra más familiarizada con las mismas por lo que presenta mayor colaboración.

El punto de partida del presente proyecto de calidad es nuestra paciente pediátrica, en la cual el riesgo derivado de una extracción sanguínea venosa y la necesidad periódica de controles de calcio justifica de forma inequívoca la necesidad de establecer la equivalencia del calcio sanguíneo mediante muestra capilar con la muestra venosa o la estandarización de un factor de corrección para la calcemia en muestra capilar. Sin embargo se prevee que este proyecto tendrá utilidad para más pacientes actuales y en el futuro, tanto pediátricos como adultos.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo del proyecto es comprobar la correlación de los resultados de calcio sanguíneo mediante muestra capilar y venosa. La población diana que podrá verse beneficiada del proyecto es la que agrupa aquellos pacientes que por sus características clínicas no sea posible o suponga un riesgo la extracción sanguínea mediante muestra venosa.

**MÉTODO**  
Para lograr los objetivos se pretende extraer en individuos sanos una muestra de calcio venoso y capilar para comparar los resultados en ambas muestras extraídas de forma simultánea en el individuo.  
Una vez conocida la relación de calcio iónico en ambas muestras (venosa y capilar) y la posible verificación

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0489

### 1. TÍTULO

#### DETERMINACION DE LOS VALORES DE REFERENCIA PARA EL CALCIO IONICO OBTENIDO DE MUESTRA CAPILAR

de los resultados de ión en la gasometría capilar, se planteará con el Servicio de Análisis Clínicos, la inclusión de la prueba en la cartera de servicio para este tipo de pacientes.

#### INDICADORES

Se obtendrán los niveles de calcemia de la muestra capilar y venosa en el mismo voluntario sano mediante el analizador de sangre GEM 4000 Premier, disponible en laboratorio de Hospital Obispo Polanco. Posteriormente se realizara un estudio comparativo de los resultados en ambos tipos de muestras.

#### DURACIÓN

La duración estimada del proyecto será menor a un año. En el mismo, se programará la realización de las extracciones sanguíneas de muestra venosa y capilar para obtener una muestra representativa de la que se pueda extrapolar un resultado aplicable a la población.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0494

### 1. TÍTULO

#### REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARISOL MUÑOZ ALBILLOS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
BENITO COSTEY SILVIA  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL  
MARTIN RUIZ NURIA  
HERRERO SANZ CRISTINA  
TREGON MARTIN PILAR  
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El recurso empleado ha sido el programa Neosoft que, mediante un formulario establecido, permite realizar un registro de todos los aspectos relacionados con el recién nacido y obtener posteriormente un informe.

Mediante dicho programa se ha registrado la actividad relacionada con los recién nacidos en el Hospital Obispo Polanco por parte de los profesionales implicados en la misma. Se han recogido detalles de su historial perinatal, grupo sanguíneo, alimentación, ganancia ponderal, exploración física y exploraciones complementarias durante su ingreso en maternidad.

Además, con el informe obtenido se ha elaborado un documento de alta de maternidad del recién nacido para los padres y para el pediatra de atención primaria que llevará a cabo el seguimiento posterior del bebé. En este informe aparecen los detalles del nacimiento y evolución durante las primeras horas de vida, así como recomendaciones para los días inmediatos postparto o necesidad de otras pruebas diagnósticas o seguimiento del recién nacido.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido el objetivo deseado, la mejora de la asistencia continuada del recién nacido al alta de maternidad, aportando un informe clínico a los padres y a su pediatra, así como el registro de datos perinatales, parto y post-parto de los recién nacidos, implicándose de forma activa todos los profesionales que asisten al recién nacido en su práctica clínica.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comprobado que cuando todos los profesionales se implican de forma conjunta en la elaboración de un proyecto para mejorar la asistencia clínica se consigue de forma satisfactoria. El objetivo propuesto ha sido logrado gracias a la colaboración del personal de paritorio, maternidad y pediatría. La recogida de datos de los recién nacidos en el programa Neosoft y la creación de un informe de alta hospitalaria ha mejorado con creces la atención a los recién nacidos del Hospital Obispo Polanco de Teruel.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/494 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0494

Título  
REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RN DE UNIDAD PARITORIO-MATERNIDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD

Autores:  
MUÑOZ ALBILLOS MARIA SOLEDAD, ALIJARDE LORENTE ROBERTO, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, HERRERO SANZ CRISTINA, TREGON MARTIN PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, BENITO COSTEY SILVIA, MARTIN RUIZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Embarazo, parto y puerperio  
Otro Tipo Patología:

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0494**

**1. TÍTULO**

**REGISTRO Y ANALISIS DE ACTIVIDAD CLINICA EN RECIEN NACIDOS DEL H. OBISPO POLANCO TRAVES DE LA PLATAFORMA NEOSOFT Y POSTERIOR ELABORACION DE INFORME CLINICO DE ALTA A TODO RECIEN NACIDO DE MATERNIDAD**

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**

Es patente la necesidad de desarrollar proyectos de calidad en las unidades donde se atiende al RN, incluyendo paritorios y maternidad. Proyectos de calidad entendidos como atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente.

En nuestro centro los RN en los primeros días de vida, durante su ingreso en maternidad, son atendidos por diferentes profesionales (pediatras, matronas, enfermeras, auxiliares). Se revisa y analiza todo su historial perinatal y parto. Son visitados, explorados e informamos a los padres a diario hasta su alta. Se realizan pruebas complementarias (prueba talón, otoemisiones acústicas ...), control curva peso, apoyo lactancia materna. Según cada caso se amplían estudios complementarios y se canalizan interconsultas oportunas.

Consideramos de vital importancia se registre en Neosoft dicha actividad por parte de los profesionales implicados para posteriormente poder elaborar un informe clínico para los padres y para su pediatra.

**RESULTADOS ESPERADOS**

Mejora e implementación del registro de datos perinatales y parto y post-parto de los RN, implicándose de forma activa todos los profesionales implicados.

Analizar de forma organizada y anticipada las patologías perinatales que puedan implicar al RN y programar las intervenciones oportunas.

Elaborar informe clínico con toda la información recogida.

Favorecer la mejora de la asistencia continuada del RN al alta de maternidad, aportando informe clínico a los padres y a su pediatra.

**MÉTODO**

Actualización y mejora de historia prenatal para registro de datos.

Reunión con personal implicado para informar y concienciar de la importancia del tema

Se registrarán todos los informes, instrucciones y recomendaciones entregados en el momento del alta, para su posterior análisis detallado.

**INDICADORES**

Número de historia clínica perinatales bien cumplimentadas.

Número de informes clínicos y recomendaciones entregadas y firmadas.

**DURACIÓN**

Se prevee indefinida, con revisión semestral de indicadores y resultados.

Población diana: Todo recién nacido de unidad de maternidad.

**OBSERVACIONES**

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARROTE MATA ANA  
PEREZ PEREZ ROSA MARIA  
GODED GARCIA MARIA PILAR  
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ  
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA  
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN  
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
- Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
- Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
- Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
- Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
- Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
- La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
- Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
- Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
- Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
- Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
- Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/749 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0749

Título  
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:  
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
  - Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
  - Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
  - Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
  - Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
  - Profilaxis oftálmica neonatal.
  - Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
- Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.  
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.  
Nuevo protocolo de atención al recién nacido normal.  
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

#### MÉTODO

Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.  
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados  
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.  
Realización de curso de RCP neonatal.

#### INDICADORES

Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos

- Lavado de manos y guantes
- Secado y calentamiento inmediato
- Pinzamiento del cordón umbilical
- Contacto piel con piel inmediato
- Identificación del recién nacido

- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :

- Continuación contacto piel con piel
- Profilaxis oftálmica
- Profilaxis enfermedad hemorrágica
- Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
- Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
- Analgesia no farmacológica
- Cribado enfermedades metabólicas
- Cribado hipoacusia

Cribado cardiopatías congénitas.  
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

#### DURACIÓN

Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

#### OBSERVACIONES

**MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749**

**1. TÍTULO**

**MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018**

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Fecha de entrada: 01/03/2019

2. RESPONSABLE ..... NURIA MARTIN RUIZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARROTE MATA ANA  
PEREZ PEREZ ROSA MARIA  
GODED GARCIA MARIA PILAR  
CAMPOS PEREZ MARIA PAZ  
IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA  
CEBRIAN CLEMENTE CARMEN  
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reuniones periódicas para valorar puntos de mejora y evolución de los mismos.
- Adquisición de un pulsioxímetro para valoración de la saturación de oxígeno en los recién nacidos.
- Valoración del primer simulacro realizado, con la grabación del mismo y posterior análisis.
- Realización de curso de RCP neonatal, con la asistencia de personal involucrado en la asistencia neonatal (matronas, TCAE, pediatras, enfermeras).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha realizado nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas.
- Tras la valoración del simulacro, se detectó que las hojas de medicación utilizadas de guía para la perfusión intravenosa (cuidados post-reanimación) quedaban confusas para parte del personal sanitario, por lo que se ha redactado una hoja de perfusiones simplificada.
- Se ha realizado dos cursos de RCP (junio de 2018 y noviembre de 2018) con una asistencia del 100% de las plazas ofertadas y una valoración muy positiva (100% de valoración mayor o igual a 8 sobre una puntuación de 0-10).

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La protocolización de la asistencia sanitaria disminuye la variabilidad en la práctica clínica y mejora la asistencia.
- La formación continuada es una necesidad de vital importancia en nuestra profesión y altamente demandada por los profesionales que atienden a neonatos.
- Simplificar en la medida de lo posible las guías de actuación mejora la asistencia y el cumplimiento de los protocolos asistenciales.
- Los cambios en la asistencia sanitaria consensuados y adecuadamente justificados mejoran su implantación. La resistencia al cambio se minimiza con dichas medidas.
- Se han valorado positivamente las iniciativas formativas realizadas en 2018.
- Protocolizar nuestra actuación y la evaluación periódica de los mismos, es un proceso de mejora que no tiene punto final.
- Las actividades realizadas potencian la comunicación entre los profesionales y abriendo nuevas posibilidades de colaboración en nuevos proyectos de mejora.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/749 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0749

Título  
MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO

Autores:  
MARTIN RUIZ NURIA, GARROTE MATA ANA, PEREZ PEREZ ROSA MARIA, GODED GARCIA MARIA PILAR, CAMPOS PEREZ MARIA PAZ, IBAÑEZ MATEO MARIA LUISA, CEBRIAN CLEMENTE CARMEN, SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Edad .....: Lactantes  
Tipo Patología ....: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
El nacimiento y el parto son procesos fisiológicos en los que la mayoría de las mujeres que van a ser madres están sanas y sus hijos serán niños sanos. Es de máximo interés optimizar la atención y protocolizar la asistencia en los primeros horas de vida para realizar diagnóstico y tratamiento precoz de las patologías encontradas en la población neonatal. La formación continuada del personal implicado en su asistencia, es fundamental para, por una parte, entrenar al personal de nueva incorporación y por otro, optimizar conocimientos previamente adquiridos, en caso de los profesionales veteranos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Respetar en la medida de lo posible las preferencias de los padres.
  - Interferir lo menos posible en la adaptación a la vida extrauterina facilitando la aparición del vínculo madre-hijo.
  - Promocionar, fomentar y apoyar la lactancia materna.
  - Aconsejar a los padres sobre los cuidados del RN y la vigilancia de los signos de alarma.
  - Profilaxis de la enfermedad hemorrágica del RN.
  - Profilaxis oftálmica neonatal.
  - Realizar el cribado endocrino-metabólico y el cribado de la hipoacusia
- Realización de simulacro anual con valoración posterior y propuestas de mejora.  
Incorporación de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas mediante pulsioximetría pre y postductal.  
Nuevo protocolo de atención al recién nacido normal.  
Realización de curso de RCP con participación de personal de pediatría y maternidad.

#### MÉTODO

Planificación/organización/realización de simulacro con participación de personal de paritorio, maternidad, pediatría.  
Crear un protocolo de atención al recién nacido normal, consensuado con los diversos servicios implicados  
Desarrollo de nuevo protocolo de despistaje de cardiopatías congénitas, mediante la monitorización de pulsioximetría pre y postductal a todos los recién nacidos.  
Realización de curso de RCP neonatal.

#### INDICADORES

Creación e implantación del protocolo de actuación de asistencia al recién nacido que no precisa reanimación ni asistencia pediátrica urgente, que incluya los siguientes puntos

- Lavado de manos y guantes
- Secado y calentamiento inmediato
- Pinzamiento del cordón umbilical
- Contacto piel con piel inmediato
- Identificación del recién nacido

- Creación del protocolo de continuación de cuidados postnatales, en el propio paritorio y maternidad, incluyendo los siguientes aspectos :

- Continuación contacto piel con piel
- Profilaxis oftálmica
- Profilaxis enfermedad hemorrágica
- Inicio de lactancia materna. Revisión tomas
- Revisión pediátrica diaria, en presencia de los padres.
- Analgesia no farmacológica
- Cribado enfermedades metabólicas
- Cribado hipoacusia

Cribado cardiopatías congénitas.  
- Mejora de la atención al neonato que precisa reanimación urgente, mediante realización de simulacro y curso de RCP.

#### DURACIÓN

Un periodo de seis meses necesarios para la planificación de todos los proyectos anteriormente descritos.

#### OBSERVACIONES

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0749

### 1. TÍTULO

#### MEJORA EN LA ASISTENCIA AL RECIEN NACIDO EN EL HOSPITAL OBISPO POLANCO 2018

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ROBERTO ALIJARDE LORENTE  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REUS ANTON CARMEN  
MARTIN MARTIN CONCHA  
VICENTE MONFORTE PILAR  
MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL  
MARTIN RUIZ NURIA  
BENITO COSTEY SILVIA  
SANCHEZ MARCO SILVIA BEATRIZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017, se puso en marcha la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, referencia para toda la Comunidad autónoma de Aragón. En ese momento se planteó iniciar un programa de mejora de calidad, ofreciendo una asistencia del paciente pediátrico crónico en el Servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Se realizó una reunión informativa para que todo el personal del Servicio estuviera en conocimiento del programa que se iba a iniciar. Además, todos los pacientes crónicos susceptibles de pertenecer a este grupo, fueron informados de que si precisaban asistencia en relación a su patología, podrían acudir al Hospital Obispo Polanco, acudiendo directamente al Servicio de Pediatría, situado en primera planta del Hospital, sin necesidad de acceder por el Servicio de urgencias, para poder ser atendido de la manera más correcta, cercana y personalizada posible. El proyecto se inició en Junio del 2018. Una vez informado el personal del servicio, se anotó en un cuaderno cada consulta realizada, con motivo de consulta, exploraciones y pruebas complementarias realizadas, diagnóstico clínico al alta y opinión del paciente/familia sobre el programa y la atención recibida.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este período se han reclutado 10 pacientes con patología crónica en seguimiento en nuestro servicio, susceptibles de formar parte de nuestro programa.

- El paciente 1, es un paciente con Encefalopatía hipóxico-isquémica y epilepsia refractaria. Ha sido valorado en 8 ocasiones, 2 de ellas por fiebre, 2 de ellas por infección respiratoria, y otras 4 en relación a crisis convulsivas.
- El paciente 2, es un paciente con Bicitopenia (trombopenia y Neutropenia) de etiología no filiada, actualmente en tratamiento con Micofenolato oral. En este período de tiempo ha sido valorado en 6 ocasiones, 2 de ellas por astenia, 1 por hematomas y epistaxis, 1 por síndrome febril y otras 2 por cefalea.
- El paciente 3, es un paciente con Síndrome de QT largo congénito. Ha sido valorado en 4 ocasiones, 2 por síndrome febril y 2 por broncoespasmo y dificultad respiratoria.
- El paciente 4, paciente con diagnóstico de síndrome nefrótico en Julio de 2018, ha acudido en múltiples ocasiones por haber presentado 2 recaídas en contexto de infección respiratoria, precisando de control cercano hasta negativización de proteinuria.
- El paciente 5, paciente con síndrome nefrótico corticodependiente en seguimiento en la Unidad de Nefrología de Hospital Infantil Miguel Servet. Ha precisado 2 interconsultas, ambas en relación a infecciones respiratorias de vías bajas.
- El paciente 6, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha acudido en 2 ocasiones, ambas en relación a infecciones respiratorias.
- El paciente 7, paciente con diagnóstico de fibrosis quística, ha sido valorado en 7 ocasiones, 5 de ellas en contexto de infección respiratoria y 2 por gastroenteritis aguda.
- El paciente 8, paciente con diagnóstico de Trombopenia inmune primaria ha sido valorada en 3 ocasiones, 2 de ellas por cefalea y otra por hematomas y petequias.
- El paciente 9, paciente con atresia de esófago intervenida de período neonatal, anorexia, disfagia y retraso ponderoestatural. Valorada en 5 ocasiones, 1 por infección respiratoria, 2 por rechazo de la alimentación y 2 por episodio de vómitos autolimitado.
- El paciente 10, paciente con síndrome de West, epilepsia de difícil control y retraso psicomotor. Ha acudido al Servicio en 12 ocasiones para completar tratamiento de Síndrome de West con ACTH intramuscular. Además fue valorada otras 4 veces por infección respiratoria de vías bajas y otras 3 por crisis convulsivas.

Comentado con el personal del servicio y las familias de los pacientes, la respuesta ha sido favorable. El personal se ha involucrado realizando la atención más adecuada en cada momento, detectando las necesidades del paciente y la familia, intentando complementarlas y apoyarlas en lo posible. La familia y el paciente se encuentran satisfechos con la atención, tienen confianza en el personal, agradecen la atención recibida y el seguimiento personalizado y cercano ofrecido.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal del Servicio ha recibido con satisfacción el proyecto realizado. Lo ha implementado con delicadeza y ganas de llevarlo a cabo. La atención ha sido buena. Se ha potenciado la flexibilidad en los horarios y la atención para facilitar la conciliación familiar y laboral de paciente y familia. Todo el equipo está con un

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

gran refuerzo positivo por la buena acogida de las familias, para continuar con el proyecto. Es un proyecto que sólo depende de las ganas de trabajar de nuestro personal por mejorar la atención y la calidad de vida de nuestros pacientes y familias, y de eso nunca faltará en nuestra planta, la primera planta de nuestro Hospital.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/989 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0989

Título  
ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

Autores:  
ALIJARDE LORENTE ROBERTO, REUS ANTON CARMEN, MARTIN MARTIN CONCHA, VICENTE MONFORTE PILAR, MARTINEZ DE ZABARTE FERNANDEZ JOSE MIGUEL, MARTIN RUIZ NURIA, BENITO COSTEY SILVIA BEATRIZ, SANCHEZ MARCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Niños  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Niños incluidos en programa de Cuidados Paliativos o con patología crónica que presentan necesidades/cuidados especiales  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:  
-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

**PROBLEMA**  
En el año 2017 se ha puesto en marcha una nueva Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de referencia para toda la Comunidad de Aragón. Los cuidados paliativos se basan en mejorar la calidad de vida de los niños y familias que se enfrentan a enfermedades potencialmente mortales, intentando dar respuesta a problemas físicos, psicosociales o espirituales. Los pacientes incluidos en el programa de Cuidados Paliativos Pediátricos, y otros pacientes que presentan enfermedades crónicas (enfermedades oncológicas, hematológicas, neurodegenerativas, metabólicas, cardiopatías congénitas) con necesidades y cuidados especiales, y sus familias, requieren un abordaje multidisciplinar. Las enfermedades pediátricas constituyen un amplísimo abanico de entidades, que incluyen enfermedades raras. Algunas con pronóstico de muerte prematura, que pueden alargarse en el tiempo y ocasionar un cuidado paliativo largo con el consiguiente desgaste físico y emocional para niños, familiares y personal sanitario. Estos pacientes y sus familias suelen ser habituales en centros sanitarios con múltiples consultas en las diferentes subespecialidades, ingresos hospitalarios, pruebas complementarias y asistencias a los servicios de urgencias hospitalarias. Sabemos que los niños y sus familias se sienten insatisfechos con el personal sanitario respecto a la comunicación sobre el pronóstico, tratamiento y otros aspectos de la enfermedad.

**RESULTADOS ESPERADOS**  
El objetivo del proyecto es mejorar la asistencia del paciente pediátrico con necesidades y cuidados especiales en el Servicio de Pediatría, facilitando la entrada y llegada a nuestro servicio, disminuyendo tiempos de espera en Servicio de Urgencias, realizando los tiempos de espera, valoración, exploración física, exploraciones complementarias y tratamientos necesarios en un ambiente confortable y familiar, por personal sanitario especializado y conocido en nuestro Servicio, estando a la disposición del personal de atención primaria o a las necesidades del paciente/familia en cada momento.

**MÉTODO**  
El número de pacientes pediátricos incluidos en el programa de cuidados paliativos, o considerados como pacientes crónicos con necesidades especiales, en el Sector Sanitario de Teruel, no es elevado. Estos pacientes son, generalmente, pacientes de evolución crónica, en seguimiento desde los primeros síntomas, incluso antes de su diagnóstico, y conocidos en el Servicio por todo el Personal sanitario. Los niños y sus familias, encuentran en nosotros un ambiente confortable, familiar, de confianza. Algunos de ellos presentan retraso psicomotor, otros están en tratamiento por su enfermedad oncológica o pueden presentar inmunodepresión en el contexto de su enfermedad hematológica. A todos ellos se les informa y facilita la asistencia en el Servicio de Pediatría, llegando directamente a el o, si entran a través del Servicio de Urgencias, intentando disminuir tiempos de espera en el y facilitando una rápida valoración y asistencia en nuestro Servicio.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0989

### 1. TÍTULO

#### ASISTENCIA DEL PACIENTE PEDIATRICO CRONICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO DE TERUEL

##### INDICADORES

- Número de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos o con necesidades especiales, valorados en el Servicio de Pediatría.
- Tiempo desde la llegada al Hospital hasta la asistencia
- Motivo de consulta.
- Exploraciones Complementarias
- Diagnóstico al alta. Ingreso hospitalario

##### DURACIÓN

- Enero a Abril 2018: Revisión de pacientes y puesta en común con personal del Servicio.
- Junio 2018: Inicio del proyecto

##### OBSERVACIONES

Si a su llegada al Servicio de Urgencias el paciente presenta un triángulo de evaluación pediátrica inestable, será estabilizado priorizando el ABCDE sobre el traslado a nuestro Servicio.

##### Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ..... MARIA JESUS BONE PINA  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Según el calendario previsto, hasta Noviembre de 2018, se ha realizado una revisión de las publicaciones de referencia, relacionadas con el riesgo Accidente Laboral producido por Agentes Biológicos en los trabajadores del ámbito sanitario, así como sobre la Profilaxis Post Exposición.

Se han analizado además, los protocolos que se aplican en otros sectores sanitarios de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Se ha detectado la necesidad de implantar en el Sector de Teruel, el test de detección Rápida del VIH, a aplicar al Paciente fuente de accidente biológico. Esto, se ha convertido en actividad adicional en el proyecto. Durante Diciembre 2018 y Enero de 2019 se ha buscado el modelo de Test a aplicar y establecido la coordinación con el Servicio de Microbiología de H. Obispo Polanco para proceder a su implantación.

En el Comité de Seguridad y Salud del Sector Teruel de 17/01/2019, se ha presentado y aprobado la aplicación del citado Test y comunicado la revisión del protocolo.

Actualmente, se está finalizando la confección de los algoritmos de decisión y de los consentimientos tanto para las analíticas como para la administración de quimioprofilaxis. Con ello se terminará de elaborar el nuevo procedimiento.

En próximas fechas se va a comenzar con la difusión de la documentación a los responsables de los trabajadores tanto de Atención Primaria como en Atención Especializada.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no ha finalizado, según la planificación prevista, se podrán obtener resultados al final del mes de Mayo de 2019.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la gestión del accidente biológico en otros centros, está siendo de gran utilidad, así como las posibilidades que ofrece, el realizar parte del proceso de manera on-line en centro periféricos. Todo ello va a ser aplicado en el protocolo de actuación del Sector de Teruel.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/930 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0930

Título  
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

Autores:  
BONE PINA MARIA JESUS, MARTIN VILLARROYA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISION Y ACTUALIZACION

La Exposición accidental con material biológico: contacto con sangre u otros fluidos biológicos, a través de inoculación percutánea o contacto con una herida abierta, piel no intacta o mucosas durante el desarrollo de actividades laborales, es uno de los riesgos más frecuentes en el Personal Sanitario

Los microorganismos implicados principalmente en la inoculación accidental son el virus de la hepatitis B, C y D y de la inmunodeficiencia humana, que son clasificados como agentes biológicos del grupo 3 por Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo, sobre "Protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo". El citado grupo se define como: "aquellos agentes que puede causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad y existiendo generalmente una profilaxis o tratamiento eficaz".

Los Accidentes Biológicos deben ser considerados urgencias médicas en las que conviene asegurar la oportuna actuación (profilaxis postexposición y administración de agentes antirretrovirales cuando proceda), que debe iniciarse cuanto antes, preferiblemente en las primeras 2 horas tras la exposición y antes de 72 horas de la misma.

Dada la frecuencia con que se producen los accidentes biológicos entre el personal de los centros sanitarios, la jornada laboral continuada y la amplitud geográfica que el Servicio de Prevención del Sector Teruel tiene asignada (que incluye tanto al personal de atención Primaria como el de Especializada), es necesario un protocolo de actuación asistencial, coordinando los distintos centros y servicios implicados, que presente una metodología homogénea para prestar la mayor protección y la mejor atención posible a los trabajadores que hayan sufrido una exposición a material biológico como consecuencia de su actividad.

Actualmente se dispone de un procedimiento que se implantó en el año 2004 y que precisa ser actualizado y reforzada su difusión en todo el Sector.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la calidad asistencial ante los accidentes biológicos para todos los trabajadores del Sector Teruel, tanto de atención primaria como de especializada.
2. Actualizar pautas establecidas en todos los centros, coordinando al personal de los servicios implicados.
3. Informar y divulgar la actualización del procedimiento.
4. Mejorar el registro de accidentabilidad.
5. Disponer en la Intranet del Sector Teruel, tanto del protocolo como de la documentación necesaria, para iniciar el abordaje clínico y los trámites de declaración de accidente biológico.

#### MÉTODO

Este proyecto pretende alcanzar sus objetivos, mediante la implementación de un protocolo revisado y de fácil acceso para el trabajador.

Las actividades serán desarrolladas por todos los componentes del equipo de mejora y son:

- Elaboración de un protocolo actualizado de accidente biológico y su posterior implantación y coordinación.
- Presentación de la revisión del protocolo de accidente biológico al Comité de Seguridad y Salud del sector Teruel.
- Elaboración de formatos para recogida de datos.
- Difusión del protocolo a los servicios implicados.
- Estudio de seguimiento de protocolo y su efectividad.
- Comunicación de resultados a los responsables del sector.

#### INDICADORES

##### ESTRUCTURA

% de Servicios con acceso de la documentación a través de la intranet.

##### PROCESO

% de servicios con formación en el Protocolo actualizado

% de accidentes biológicos donde se ha solicitado el consentimiento informado a la fuente.

% de accidentes biológicos declarados en Unidad Básica de Prevención en las primeras 72 horas.

##### RESULTADO

% de accidentes biológicos correctamente declarados en la Unidad Básica .de Prevención.

% de Accidentes biológicos que han seguido el protocolo de actuación de manera correcta

#### DURACIÓN

Duración un año

Mayo -Octubre 2018

Revisión y Actualización del protocolo.

Noviembre- 2018

Presentación al Comité de Seguridad y Salud.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0930

### 1. TÍTULO

#### PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE ACCIDENTE BIOLÓGICO DE LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO DE TERUEL. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN

Noviembre - Febrero 2018  
Difusión de la documentación a los implicados.

Febrero- Abril 2018  
Estudio de seguimiento.

Abril -Mayo 2019  
Comunicación de resultados

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ----- \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA  
VAL CLAU MARIA JOSE  
GARCIA CALVO LAURA  
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA  
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA  
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
- Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
- Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.

-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.

-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.

-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.

Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
- Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.  
-Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.  
-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.  
-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.  
-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.  
Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0403

Título  
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:  
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.  
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.  
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS  
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.  
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.  
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.  
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.  
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticos de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.  
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

#### MÉTODO

El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:

- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repararían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares.

Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

#### INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
  - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
  - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
  - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:  
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

#### DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico.  
Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA  
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA  
GARCIA CALVO LAURA  
VAL CLAU MARIA JOSE  
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA  
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
  - Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
  - Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.
  - La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.
  - Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.
  - Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.
- Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.

Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean "bastante o mucho".

Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Como recomendación, se podría plantear repetir esta actividad de forma periódica al personal, para favorecer la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0403

Título  
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:  
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.

Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.

Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

#### RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.

- Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.
- Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.
- Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.
- Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticos de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.
- Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.
- Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

#### MÉTODO

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:

- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoristas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares. Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

#### INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
  - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
  - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
  - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:  
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

#### DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico. Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE ..... PATRICIA LATORRE FORCEN  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
GOMEZ CHAGOYEN BLANCA  
REBOREDA AMOEDO ALEJANDRA  
VAL CLAU MARIA JOSE  
GARCIA CALVO LAURA  
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA  
ANDREA MARTINEZ MARTINEZ

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre noviembre y diciembre, se realizaron 11 sesiones de formación sobre los siguientes aspectos teórico-prácticos:

- Introducción
- Manejo de las crisis de ansiedad.
- Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).
- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / oposicionistas.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

Dichas sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 minutos, impartidas por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría, psicología clínica y enfermeras especialistas de las unidades) en los que se repasaron aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo de la práctica clínica (habilidades de comunicación, posibles estrategias, cuestiones a evitar, manejo conductual...etc.).

Al final de la exposición, se abrió un espacio de debate en el que se comentaba lo expuesto y se abordaban casos prácticos y situaciones concretas que se hubieran producido en las unidades, en las que se describían dudas o formas de actuar ante momentos que habían generado dificultades en el personal (reforzando los aspectos positivos y realizando propuestas de mejora ante situaciones futuras similares).

Las sesiones se impartieron en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario de 13 a 14 horas, tras haber sido elegido por la mayoría del personal.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A-Datos de interés observados

A las sesiones acudieron una media de 16 personas. En ellas, cabe destacar la participación activa de los asistentes en las diferentes exposiciones, dando el punto de vista de abordaje desde las distintas unidades.

B-Indicadores del proyecto

Al final de las sesiones se entregó una encuesta, en la que se puntuaba del 0 al 5, con los siguientes ítems a valorar:

- Duración y metodología: en la que el 44,4% dijeron que eran precisos y un 55,6% muy precisos.
- Utilidad en la práctica clínica para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles y la coordinación entre profesionales: 55,6% la consideraron útil y un 44,4% muy útil.
- Importancia del contenido (¿han mejorado tus conocimientos teóricos?): 44,4% la valoraron como de relevancia y el 55,6% de máxima relevancia.

-La totalidad de los asistentes afirman haber conseguido alcanzar los objetivos de aprendizaje definidos.

-Todos los asistentes reflejaron que recomendarían la actividad a otro compañero.

-Más de la mitad de los asistentes realizan una valoración global de la actividad como excelente y el resto como muy buena. Además, la totalidad de ellos refieren sentirse más satisfechos en su forma de actuar en el trabajo tras la formación.

Como propuesta de mejora, destaca el hecho de que les gustaría repetir la formación de forma periódica y continuar presentando más casos prácticos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los asistentes puntuaron los ítems de la encuesta entre el 4 y el 5, obteniendo una valoración muy positiva del proyecto.

Finalmente, se ha conseguido alcanzar el objetivo perseguido de lograr que un = del 75% de las respuestas totales de la encuesta sean "bastante o mucho".

Se ha observado una participación muy activa por parte de los presentes, ya que sobre todo se ha intentado realizar un abordaje más práctico para que fuera de utilidad en el día a día de las unidades.

Como recomendación, se podría plantear repetir esta actividad de forma periódica al personal, para favorecer

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

la asistencia de todos ellos, ya que suele ser frecuente el cambio de profesionales. Además, supondría una oportunidad de actualizar conocimientos, continuar promoviendo la coordinación entre el personal, desarrollando acciones más uniformes, y compartir aspectos de mejora o de dificultad en las intervenciones de la práctica clínica diaria.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/403 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0403

Título  
FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

Autores:  
LATORRE FORCEN PATRICIA, REBORDA AMOEDO ALEJANDRA, VAL CLAU MARIA JOSE, GOMEZ CHAGOYEN BLANCA, GARCIA CALVO LAURA, GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En el ámbito de la salud mental son fundamentales para el ejercicio de la práctica asistencial diaria las habilidades comunicacionales y la interacción con el paciente, ya que se si realizan de manera adecuada, se pueden evitar situaciones de riesgo, aliviar momentos de intenso sufrimiento y contribuir a una mejor evolución de los pacientes.  
Hemos detectado que todos los componentes del equipo tenemos margen de mejora al respecto y un número importante del personal no facultativo de las diferentes unidades de hospitalización del sector nos han trasladado su interés en poder formarse en este campo: aspectos teórico-prácticos en relación a los diferentes trastornos psiquiátricos que ingresan, así como recomendaciones y pautas sobre el manejo de éstos en distintas circunstancias que puedan generar dificultades en su abordaje.  
Al tratarse la salud mental de una disciplina en la cual el trabajo en equipo es clave, este programa podría promover la uniformidad e idoneidad de las intervenciones por parte del personal sanitario, favoreciendo un ambiente terapéutico que facilite la evolución de los pacientes, sobre todo ante pacientes complejos y/o que nos generan problemas de contratransferencia, actuaciones ambiguas o directamente contradictorias entre los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS  
El proyecto va dirigido a los TCAEs, enfermeras especialistas y celadores que trabajan en salud mental en el sector Teruel.  
-Detectar por parte del equipo actuaciones susceptibles de mejorar en el contacto con el paciente.  
-Mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones que generan interrupciones en la dinámica de la unidad.  
-Fomentar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas.  
-Revisar y actualizar aspectos teórico-prácticas de los trastornos psiquiátricos que puedan ser útiles para el abordaje diario con los pacientes.  
-Al tratarse de una actividad eminentemente práctica, sobre casos reales; reducir el perjuicio que en el funcionamiento de las unidades provoca el frecuente recambio de profesionales.  
-Mejorar el nivel de satisfacción del personal en relación a su trabajo diario en las unidades.

MÉTODO  
El programa de calidad abordaría los siguientes aspectos:  
-Manejo de las crisis de ansiedad.  
-Manejo de síntomas positivos (delirios y alucinaciones).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0403

### 1. TÍTULO

#### FORMACION CONTINUADA PARA ENFERMERAS ESPECIALISTAS, TCAES Y CELADORES EN SALUD MENTAL: REVISION DE ASPECTOS TEORICO-PRACTICOS EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES

- Manejo de síntomas negativos (apatía/abulia).
- Manejo de conductas retadoras / opositoras.
- Manejo de las ideas de suicidio.
- Manejo de la ira / agitación / agresividad.
- Manejo del hospitalismo.
- Manejo de los síntomas asociados a la abstinencia a tóxicos.
- Manejo del insomnio.
- Manejo de la desinhibición.

El formato serían sesiones cortas, de unos 20-30 minutos, impartidos por los componentes del proyecto (FEAs de psiquiatría y psicología clínica de las unidades) en los que se repasarían someramente aspectos teóricos de los trastornos y síntomas, centrándonos sobre todo en el manejo del paciente (habilidades de comunicación, posibles estrategias, qué no hacer;...etc.), dando pie a debatir situaciones concretas de usuarios que en ese momento o recientemente hayan estado ingresados en la unidad, lo cual nos puede servir para reforzar lo bien hecho y propuestas de mejora ante situaciones futuras similares. Todas las sesiones se darían por duplicado: en la UCE del H. Obispo Polanco y en CRP San Juan de Dios, en horario, sitio y fechas a convenir con el personal para lograr la mayor asistencia posible, dándose difusión en forma adecuada.

#### INDICADORES

- Al final de cada sesión se pasará a todos los asistentes una encuesta con los siguientes ítems:
- ¿La sesión te ha servido para mejorar el manejo e interacción con pacientes complejos y/o situaciones difíciles?
  - ¿Crees que contribuirá a mejorar la coordinación entre los profesionales para desarrollar estrategias más uniformes, evitando actuaciones ambiguas u opuestas?
  - ¿Han mejorado tus conocimientos teóricos?
- Al final del programa se añadirán en la última encuesta las preguntas:
- ¿En qué medida realizas tu trabajo diario con mayor satisfacción tras realizar el programa de formación?
  - ¿Qué propuestas de mejora realizarías para posibles ediciones futuras similares?

Salvo la última, todas las preguntas podrán responderse con:  
NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

Objetivo perseguido: lograr que un = del 75% de las respuestas totales sean "bastante o mucho"

#### DURACIÓN

Mayo de 2018: reunión de los integrantes del equipo para repartir sesiones y compartir material teórico. Inicio de las sesiones en primera quincena junio de 2018 y finalización en primera quincena de diciembre, con una cadencia aproximada de una cada 3 semanas.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ANA ROSA GRAÑENA MUNIENTE  
• Profesión ..... ENFERMERO/A  
• Centro ..... H OBISPO POLANCO  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA  
• Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
SERRANO TORRES MARIA DOLORES  
MARTINEZ MARTINEZ ANDREA  
SANCHEZ DOMINGO AINOVA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Entre abril y septiembre se elaboró el plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente con contención mecánica. El documento incluye los diagnósticos de enfermería, los objetivos de enfermería (con los indicadores para medir) y las intervenciones de enfermería (con las actividades a realizar). Así mismo se realizó una versión resumida del plan de cuidados, a modo de planilla que rellenar, con los aspectos más relevantes y que permitiera un uso más sencillo de la herramienta en la que se apoyaría la intervención.

Durante el mes de septiembre expusimos en sesiones individuales el trabajo realizado con las compañeras de enfermería de la unidad. Explicando las características del proyecto y las pautas a seguir para realizar la intervención. Se facilita una guía impresa que sirva de documento de consulta del proyecto.

Entre octubre y enero se aplicó el plan de cuidados a los pacientes que se encontraron sometidos a contención mecánica durante ese periodo en nuestra unidad. En él de manera individual se han detallado los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujeción física como los que se han desarrollado a partir de esta), los objetivos que nos planteamos conseguir, los indicadores apropiados para medir los resultados, así como las intervenciones específicas que se van a desarrollar. Así mismo se realizó la recogida de los datos necesarios para completar los indicadores.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A- Datos de interés observados

El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 fue de 10 personas.

El número total de pacientes contenidos durante el periodo del 1 de octubre de 2018 al 31 de enero de 2019 al que aplicamos el plan de cuidados estandarizado del paciente contenido fue de 10 personas.

B- Indicadores del proyecto

• Uso de contención mecánica:

La prevalencia de pacientes a los que se aplica contención mecánica en nuestra unidad es del 12,5 % durante ese periodo.

• Cumplimiento del plan de cuidados propuesto:

La realización del plan de cuidados propuesto es del 100 %.

• Control eficaz de la agitación:

El número de enfermos con agitación psicomotriz que a las 2 horas llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados es del 50 %.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de contención mecánica tiene una prevalencia importante en nuestra UCE de psiquiatría, lo que hace que sea necesario el uso de planes de cuidados estandarizados que unifiquen y mejoren las intervenciones que realizamos a estos pacientes.

Durante la implantación del plan de cuidados nos encontramos con la dificultad de la variabilidad del tiempo en el que los pacientes estaban contenidos. Por lo que decidimos que aplicaríamos la intervención solo a aquellos pacientes en los que la contención tuviera duración mayor de 1 hora. Ya que los pacientes que excluimos, han sido contenidos fuera de nuestra unidad, a su llegada se muestran tranquilos y nuestra única labor es retirar la sujeción física. Durante el periodo de recogida de datos fueron 3 pacientes

Otra de las situaciones que surgieron es que uno de los pacientes requirió la contención mecánica varias veces durante el ingreso, lo cual resolvimos recuperando el mismo plan de cuidados y considerando que había habido un retroceso en la mejoría.

En cuanto al resultado del control de la agitación, consideramos que además de la intervención de enfermería influyen en gran medida otros factores como la pauta médica farmacológica, la patología de base psiquiátrica que padece el paciente o las características de personalidad del mismo; por lo que no se puede atribuir la resolución o no del concepto de agitación con la aplicación únicamente del plan de cuidados de enfermería, aunque obviamente influye en su resolución.

Como recomendación, el equipo que ha realizado este proyecto considera que debemos seguir trabajando en esta dirección que nos permite unificar criterios y ampliar las intervenciones de enfermería haciéndolas más completas, más seguras y de mayor calidad para el cuidado de nuestros pacientes.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Así mismo creemos que sería muy interesante seguir trabajando en este campo, aplicando nuevas intervenciones como podría ser la implantación de un registro de intervención consensuado por psiquiatría y enfermería, la medición de parámetros de comodidad del paciente con escalas o impulsando un programa de "debriefing" dirigido a los profesionales que realizan la intervención.

#### 7. OBSERVACIONES.

Si fuera necesario, sería posible enviar como anexos los documentos elaborados.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/590 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0590

Título  
ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CON CONTENCION MECANICA (CM) EN LA UCE DEL HOP

Autores:  
GRAÑENA MUNIENTE ANA ROSA, SERRANO TORRES MARIA DOLORES, MARTINEZ MARTINEZ ANDREA, SANCHEZ DOMINGO AINOA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Trastornos mentales y del comportamiento  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Salud Mental  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

La CM es un procedimiento terapéutico consistente en la aplicación, control y extracción de dispositivos de sujeción mecánica. La agitación psicomotora supone una urgencia médica o psiquiátrica y se considera una de las causas principales de la aplicación de esta técnica. Se utiliza con frecuencia en el medio sanitario, empleándose en el 6% de los pacientes psiquiátricos ingresados.

Las características de la CM son muy especiales y entrañan numerosos riesgos, colocando a la persona en una situación de vulnerabilidad. Los cuidados por parte del equipo de enfermería y del resto de profesionales son una parte fundamental. Es de gran importancia satisfacer las necesidades básicas que no puede hacer por sí mismo, extremar la vigilancia por las posibles complicaciones físicas y realizar una evaluación continua de la esfera emocional.

Este proyecto pretende desarrollar un plan de cuidados de enfermería estandarizado para el paciente sometido a CM, que guíe, unifique y mejore la forma de trabajar del equipo de enfermería a través del establecimiento de pautas de actuación en los cuidados.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar calidad de los cuidados en el paciente con CM.
- Unificar los procedimientos y la forma de trabajar durante el desarrollo de los cuidados de enfermería
- Minimizar los riesgos y las complicaciones derivados de la CM durante su aplicación

Población diana: pacientes mayores de 18 años a los que se les ha aplicado la CM durante su ingreso en la unidad de corta estancia del Hospital Obispo Polanco de Teruel

#### MÉTODO

El proyecto de calidad abordará las siguientes intervenciones:  
Se elaborará un plan de cuidados de enfermería que contemple los siguientes campos de trabajo a tener en cuenta en la dinámica de cuidados del paciente contenido. En cada uno de ellos se especificarán las actividades a realizar por parte del equipo de enfermería

- Control de la sujeción física
- Monitorización de signos vitales y neurológicos
- Administración de fármacos
- Ayuda en el autocuidado (alimentación, aseo, vestido y baño)
- Control de riesgos
- Prevención de complicaciones: broncoaspiración, lesiones cutáneas, cardiovascular...
- Control de la agitación psicomotriz
- Manejo de la ansiedad y del insomnio
- Promoción del confort

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0590

### 1. TÍTULO

#### ELABORACION E IMPLANTACION DE UN PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA LOS PACIENTES CONCONTENCION MECANICA EN LA UCE DEL HOP

Presencia, contacto y escucha activa  
Apoyo a la familia

Se realizarán sesiones formativas en las que se expondrá el plan de cuidados elaborado así como las pautas a seguir para la implantación al resto de equipo de la unidad. Se facilitará una guía impresa que sirva de documento de consulta donde se recogerá el proyecto.

A partir de la propuesta del plan de cuidados estándar, se valorará al paciente que se encuentre en situación de contención mecánica y se desarrollará de acuerdo con sus necesidades un plan de cuidados individualizado. En él, de manera personal, se detallarán los diagnósticos de enfermería detectados (tanto los que motivaron la sujeción física como los que se han desarrollado a partir de ésta), los objetivos que se plantea conseguir, los indicadores apropiados para medirlos y las intervenciones que se van a desarrollar junto a sus actividades. Se facilitará una planilla impresa del plan de cuidados estándar donde poder trabajar de forma más sencilla y eficaz.

Se facilitarán y cumplimentarán nuevos documentos de registro de enfermería más completos que nos permitirán monitorizar la intervención. También se desarrollará una escala de evaluación de enfermería en la que se contemplarán los objetivos e indicadores pertinentes.

Se concluirá el proceso con una reunión evaluativa en la que se contará con todos los profesionales de enfermería que hayan participado en la implantación, que tendrá como finalidad poner en común las conveniencias y las dificultades del proyecto, y la reflexión sobre la experiencia desarrollada durante este periodo de trabajo.

#### INDICADORES

- Uso de contención mecánica:

Criterio: conocer la prevalencia de pacientes a los que se le aplica la contención mecánica

Indicador: (nº pacientes a los que se les aplica medidas de contención /nº pacientes en la unidad)x 100

- Cumplimiento del plan de cuidados propuesto

Criterio: verificar la realización de las actividades programadas en el plan de cuidados

Indicador: (nº pacientes contenidos con el plan de cuidados cumplimentado adecuadamente / nº enfermos con contención mecánica) x 100

- Control eficaz de la agitación :

Criterio: alcanzar un adecuado nivel de control en el enfermo con agitación psicomotriz, a las 2 horas tras la aplicación del plan de cuidados

Indicador: (nº enfermos con agitación psicomotriz que a las 2h llegan a un adecuado nivel de control tras la aplicación del plan de cuidados / nº enfermos a los que se le aplica el plan de cuidados) x 100

#### DURACIÓN

Abril-junio 2018: elaboración del proyecto por el equipo responsable del proyecto.

Julio-diciembre 2018: aplicación del proyecto. Su implantación será puesta en marcha por el equipo de enfermería de la UCE de psiquiatría del HOP.

Enero 2019: análisis de los datos obtenidos y conclusiones, por el equipo responsable del proyecto.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ..... GLORIA MARIA MARTINEZ SANZ  
• Profesión ..... MEDICO/A  
• Centro ..... H OBISPO POLANCO  
• Localidad ..... TERUEL  
• Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO  
• Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
VILAR BONACASA EVA YOLANDA  
YAGO ESCUSA MARIA DOLORES  
FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una valoración inicial para definir las áreas en las que incidir, tanto de Atención Primaria como de Hospital y con las que desarrollar el proyecto, con el objetivo de disminuir el número de solicitudes radiológicas.

Además de Atención Primaria se consideran las Secciones de Digestivo y Endocrinología y el Servicio de Anestesia del Hospital, con las siguientes actividades con cada una de estas áreas:

- Atención Primaria

Primera reunión con representantes de Atención Primaria, Dirección y Servicio de Radiología (23/03/18), para determinar los puntos a elegir correspondientes a la inadecuación en la solicitud de radiología simple. Se acuerda envío de nota informativa a los Centros de Atención Primaria, con las recomendaciones acordadas para las exploraciones acordadas.

Junio de 2018: reunión conjunta de representantes de UME (unidad de musculoesquelético) y Radiología con Centros de Atención Primaria, con presentación de protocolos consensuados de actuación para la derivación de patología musculoesquelética desde Atención Primaria y donde se incluyen las diferentes pruebas diagnósticas con sus correspondientes indicaciones, que se envían a todos los Centros de Atención Primaria.

- Servicio de Anestesia

No se ha desarrollado por dificultades de tiempo, tanto por la situación del Servicio de Radiología como el de Anestesia, ambos con deficiencias en sus plantillas. Pendiente de desarrollar a lo largo del año 2019.

- Sección de Digestivo

Reunión de representantes de la Sección de Digestivo y Radiología (mayo 2018).

Se aborda el punto correspondiente a la solicitud inadecuada de estudios de Enema Opaco. De forma consensuada se establecen tres únicas indicaciones:

- Negativa del paciente a la realización de estudio endoscópico.

- Imposibilidad de realizar colonoscopia completa.

- Imposibilidad de realizar colonoscopia por las condiciones del paciente.

- Sección de Endocrinología

Con el objetivo de optimizar la realización de la Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de nódulos tiroideos, se realizó una valoración inicial de la bibliografía sobre la aplicación del sistema TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System).

Reunión conjunta posterior de los miembros de la sección de Endocrinología (28/03/18) con Radiología. Se acepta de forma consensuada el uso del sistema EU-TIRADS para la realización de los informes ecográficos, así como seguir las indicaciones de PAAF incluidas en esta guía.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Atención Primaria

La situación del Servicio de Radiología, con importantes deficiencias en su plantilla, no han permitido realizar un adecuado seguimiento y evaluación de las solicitudes de las pruebas de radiología simple incluidas en el proyecto.

De forma general no se aprecia una reducción significativa del número de solicitudes que podemos considerar inadecuadas.

Se mantienen las recomendaciones en los informes radiológicos para adecuar los tipos de proyecciones en cada exploración y se llevan a cabo indicaciones para los técnicos que realizan los estudios, con el objetivo de minimizar el número de estudios que posteriormente sea preciso repetir.

- Sección de Digestivo

Se ha producido una importante reducción en el número de exploraciones de Enema Opaco realizadas durante el año 2018, respecto a 2017, teniendo en cuenta, que la evaluación del año 2018 se realiza solo durante 7 meses, a partir de la puesta en marcha de estos acuerdos.

Durante 2017 se realizaron 72 estudios y durante 2018 un total de 35 estudios, lo que supone una disminución aproximada del 50%.

- Sección de Endocrinología

Desde el mes de abril al mes de diciembre, un total de ocho meses, se han realizado 34 intervenciones sobre tiroides, 31 PAAF y 3 BAG, en 33 pacientes.

El número de intervenciones esperables en un año según la misma tendencia que en estos 8 meses, sería de 51, un 47% de lo realizado en 2017.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Por lo tanto, se ha experimentado un descenso del 52% en el número de intervenciones sobre tiroides.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos cumplidos los objetivos en los indicadores trabajados con la Sección de Digestivo y Endocrinología, donde se constata una reducción significativa de las solicitudes inadecuadas.

Sin embargo es necesario un seguimiento exhaustivo de los protocolos e indicaciones consensuadas con Atención Primaria, ya que no se aprecian cambios y se mantiene un elevado número de solicitudes inadecuadas. Es preciso mejorar los circuitos de comunicación con los profesionales de Atención Primaria e incidir expresamente en los puntos de mayor inadecuación.

Este es el objetivo principal en el seguimiento del proyecto de calidad para el año 2019.

Queda pendiente el desarrollo del programa con el Servicio de Anestesia.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/11 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0011

Título  
CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

Autores:  
MARTINEZ SANZ GLORIA MARIA, VILAR BONACASA EVA YOLANDA, YAGO ESCUSA MARIA DOLORES, FATAHI BANDPEY MARIA LUIZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Patología variable con valoración según diferentes pruebas diagnósticas.  
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
• Elevado número de solicitudes inadecuadas de pruebas radiológicas que supone entre otras, la irradiación no justificada de los pacientes en aquellos estudios que utilizan radiación ionizante.  
• Incremento de la demora en la realización de estudios por la inclusión de aquellos que no deberían hacerse.  
• Consumo innecesario de recursos.  
• Pérdida de oportunidad en la orientación clínico-diagnóstica de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS  
Disminuir el número de solicitudes radiológicas inadecuadas o con insuficiente justificación, con intervención en las siguientes áreas:  
1.- Atención Primaria: Radiografía oblicua de Columna, radiografía bipedestación en paciente adulto. Ecografías de seguimiento y control de lesiones que lo precisan.  
2.- Servicio de Anestesia: Tórax preoperatorio  
3.- Servicio de Digestivo: Enema Opaco en alteraciones colónicas.  
4.- Sección de Endocrinología: Pruebas de estudio, control e intervencionismo de nódulos tiroideos

MÉTODO  
• Reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (Atención Primaria, Anestesia, Digestivo, Endocrinología), con presencia de la Dirección del Hospital.  
• Realización de sesiones conjuntas de formación donde obtener acuerdos.  
• Redactar documento de consenso explícito con cada uno de ellos con las actividades a realizar en el año 2018 para conseguir el objetivo principal.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0011

### 1. TÍTULO

#### CRITERIOS DE ADECUACION PARA LA SOLICITUD DE PRUEBAS RADIOLOGICAS EN COORDINACION CON ATENCION PRIMARIA Y HOSPITAL

- Establecer circuitos de comunicación definidos para su desarrollo.
- Reuniones de seguimiento y evaluación.

#### INDICADORES

- Número de servicios implicados con el proceso específico sobre el que intervenir en cada uno de ellos.
- Número de reuniones de inicio y seguimiento con cada servicio.
- Documentos de consenso obtenido para la consecución de objetivos establecidos previamente. Valor objetivo: 100%.
- Circuitos de comunicación definidos en los documentos. Valor objetivo: 100%.
- Informes presentados por servicio con acciones realizadas/implantadas.
- Informe anual conjunto de evaluación de Dirección y Radiodiagnóstico.

#### DURACIÓN

- Segunda quincena de febrero y marzo: reuniones iniciales del Servicio de Radiología con cada uno de los servicios/áreas implicados (1 servicio por semana).
- Redacción documentos de consenso y circuitos de comunicación definidos: abril-mayo 2018.
- Acciones definidas por servicio. Antes de 30 de mayo 2018.
- Evaluación acciones realizadas por cada servicio. Informe de cada servicio.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ..... ESMERALDA RENAU HERNANDEZ  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ORELLANA GARCIA RAQUEL  
PECES GONZALEZ NATALIA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Destacar las dificultades en nuestro Hospital para el desarrollo del proyecto como el no tener un ecógrafo disponible en consulta de Rehabilitación y el carecer de anestesta asignado de forma continua en unidad del dolor con disponibilidad de quirófano. Durante este tiempo conseguimos que el servicio de Radiología nos cediera un ecógrafo antiguo compartido.

Pese a estas dificultades hemos realizado la base de datos con los indicadores señalados en el proyecto, y hemos recogido una muestra de 21 pacientes desde abril hasta diciembre de 2018. De los pacientes seleccionados en la muestra de 21 pacientes, se han valorado 19 pacientes a los 3 meses y 11 de ellos a los 6 meses. Realizamos un análisis descriptivo sin desarrollar un estudio estadístico al tratarse de una muestra pequeña.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de edad de los pacientes ha sido de 52 años de los cuales 4 son hombres y 17 mujeres. El diagnóstico de las patologías recogidas son patología de hombro 13, de las cuales 5 son capsulitis de hombro, 3 artrosis glenohumeral y 5 bursitis con tendinitis. De las 5 capsulitis, dos son capsulitis postquirúrgicas. Se han recogido 5 coxartrosis y 2 lumbálgias, una de ellas síndrome piramidal y otra síndrome del cuadrado lumbar. Se ha recogido también una rizartrosis. Las técnicas fueron realizadas en consultas externas excepto las lumbálgias y una artrosis glenohumeral con derrame y comorbilidad que se realizó en quirófano junto con anestesta de unidad del dolor.

Las técnicas ecoguiadas realizadas son bloqueos en hombro realizadas con corticoide más ácido hialurónico 1, corticoide más anestésico 11 y con sólo anestésico 1. Los bloqueos realizados en coxartrosis fueron 5 con corticoide más ácido hialurónico. Las lumbálgias fueron bloqueo del piramidal con toxina botulínica y bloqueo del cuadrado lumbar con corticoide más anestésico. Destacar la no incidencia de efectos secundarios en las técnicas realizadas.

La EVA media del dolor pretécnica fue =6'8 /10. La EVA del dolor a los 3 meses postécnica en 19 pacientes fue = 5/10 en 11 pacientes y sin cambios =6/10 en 8 pacientes. En los 11 pacientes valorados a los 6 meses postécnica mantienen la mejoría de EVA = 5/10 en 3 pacientes, no empeoran 5 pacientes ( mantienen EVA dolor inicial ) y empeoran 3 pacientes ( una coxartrosis severa, un hombro con rotura de manguito y pinzamiento subcoracoideo ). Observamos más pacientes con mejoría y no empeoramiento del EVA dolor pretécnica a los 3 y 6 meses postécnica .

De los 11 que mejoraron EVA del dolor postécnica a los 3 meses, realizaron educación sanitaria y ejercicios en domicilio 8 pacientes y realizaron fisioterapia ambulatoria 3 pacientes. En los pacientes que persiste la mejoría y no empeoramiento EVA dolor pretécnica, sólo 3 han realizado Fisioterapia ambulatoria. Observamos que pacientes con mejoría y no empeoramiento postécnica no precisan Fisioterapia ambulatoria. Analgesia pretécnica : 10 pacientes precisaban analgesia primer escalón, 7 pacientes segundo escalón de analgesia, 1 paciente analgesia de tercer escalón. Un paciente presentaba analgesia de primer escalón junto con neuromoduladores y otro paciente analgesia de tercer escalón junto con neuromoduladores. En cuanto a analgesia postécnica a los tres meses : 6 pacientes no tomaban ninguna medicación, otros 6 pacientes tomaban analgesia de primer escalón, 4 pacientes toman analgesia de segundo escalón, 1 paciente analgesia de tercer escalón, 1 paciente analgesia de primer escalón más neuromodulador y un último paciente con analgesia de tercer escalón más neuromodulador . Observamos una disminución y no aumento de la analgesia postécnica.

Respecto a la escala de calidad 5QD pretécnica de los 19 pacientes, el ítem recogido con peor valoración era el dolor, 18 pacientes presentaban dolor moderado y 3 pacientes dolor severo. Respecto al ítem actividad 18 pacientes presentaban algunos problemas para sus actividades diarias y 3 pacientes no presentaban problemas en sus actividades diarias.

Se recoge valoración 5QD a los 6 meses en 11 pacientes (el resto no han llegado a cumplir los 6 meses ), en estos el ítem dolor mejoraba en 3 pacientes y no empeoraba en 8 pacientes. Respecto al ítem actividad mejoraban 4 pacientes y no empeoraban 7 pacientes. Observamos mejoría y no empeoramiento en los ítems del dolor y actividad

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos importante precisar la selección de patología mecánico -degenerativa subsidiaria a bloqueo del dolor ecoguiado y conseguir una muestra de pacientes suficiente para poder realizar estudio estadístico para la interpretación de resultados y definir conclusiones. Por las deficiencias mencionadas en el apartado 5, centraremos en la medida de lo posible el estudio en seleccionar patología mecánico degenerativa que no precise monitorización en quirófano ni colaboración con anestesta.

#### 7. OBSERVACIONES.

En el proyecto ha dejado de colaborar la Doctora Rosario Escartín Martínez por jubilación, por lo que hemos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

añadido a las Dras Muniesa y Royo, Traumatólogas de nuestro Hospital y formadas en ecografía musculoesquelética

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/386 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0386

Título  
CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

Autores:  
RENAU HERNANDEZ ESMERALDA, ORELLANA GARCIA RAQUEL, PECES GONZALEZ NATALIA, ESCARTIN MARTINEZ ROSARIO, OSCA GUADALAJARA MARTA, UBEDA DOMINGUEZ PILAR, ESCANERO SOLANAS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo  
Otro Tipo Patología:  
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad  
Otro tipo Objetivos:

-----  
Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA  
En el año 2017, dentro de las patologías valoradas en la Unidad del Dolor, el dolor osteoarticular fue la más prevalente junto con las lumbociatálgias, con una suma total del 74% de los procesos tratados. Respecto a la procedencia de los pacientes tratados en la unidad de dolor destacar los procedentes desde Traumatología y Atención Primaria. Con los datos señalados, es evidente que se precisan de tratamientos complementarios al farmacológico iniciado desde Atención Médica en Primaria para el tratamiento de reagudizaciones del dolor crónico musculoesquelético.  
Las Unidades de Musculoesquelético (UME), pertenecen al servicio de Medicina Física y Rehabilitación y colaboran con Traumatología, Reumatología y la Unidad del Dolor para establecer tratamientos dirigidos al proceso inflamatorio con técnicas ecoguiadas y la coordinación de rehabilitación que incluye la fisioterapia y educación sanitaria osteomuscular.

RESULTADOS ESPERADOS  
1- Ganancia en la mejora del control del dolor con técnicas de bloqueo e infiltración ecoguiadas, ya que supone una mejoría en la precisión y seguridad de la técnica intervencionista del dolor.  
2- Reducción de la medicación analgésica según escala analgésica de la OMS  
3- Valorar resultados con rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria.  
4- Reducción de agudizaciones y recurrencias en patología musculoesquelética, con la coordinación de pautas de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.  
5- Registro de la mejora en la calidad de vida del paciente con posibilidad de realizar estudios coste efectividad y coste utilidad

MÉTODO  
Técnicas de bloqueos e infiltraciones ecoguiadas y/o otros tratamientos específicos de unidad de dolor para el control de la inflamación y dolor osteomuscular coordinadas con el tratamiento de rehabilitación hospitalaria o domiciliaria.  
Se valorarán pacientes con patología mecánico degenerativa articular de articulaciones periféricas de extremidades y patología tendinosa  
Realización de infiltraciones en patología de columna mecánico degenerativa facetaria, bloqueos nerviosos en dolor neuropático secundario a neuropatías periféricas

INDICADORES  
En los pacientes seleccionados, se recogerán las variables a estudio en una base de datos Excel:  
- Edad, sexo, número de historia clínica  
- Fecha de inicio de valoración y fecha de alta  
- Tipo de Patología osteomuscular  
- Tipo de bloqueo: anestésico, corticoide, ácido hialurónico, toxina botulínica  
- Grado de dolor según la escala visual analógica (EVA) en el momento previo al bloqueo ecoguiado y posterior a las 2 -4 semanas, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.  
- Rehabilitación postbloqueo o infiltración ecoguiada. Se recogerá si se realizó y el lugar de dónde se realizó (domicilio o ambulatoria).

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0386

### 1. TÍTULO

#### CONTROL DE DOLOR MUSCULOESQUELETICO CON TECNICAS ECOGUIADAS Y REHABILITACION. UNIDAD MUSCULOESQUELETICA

- Tratamiento farmacológico analgésico según escala analgésica de la OMS, que lleva el paciente en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año.
  - Calidad de vida relacionada con la salud en el momento de la infiltración, a los 3 meses, 6 meses y 1 año. Se utilizará el cuestionario europeo EQ-5D .Posteriormente se obtendrá el valor de la tarifa social (TS).
  - Reagudizaciones de dolor osteomuscular en un plazo de 1 a 2 años de los pacientes valorados
- Se realizará un análisis descriptivo de la muestra y posteriormente estadístico utilizando el programa SPSS versión 20 para evaluar los objetivos señalados

#### DURACIÓN

La recogida de datos se realizará durante 6 meses a 1 año. Se ha iniciado la recogida de datos en marzo de 2018. Se estima que se recogerá una muestra de 50 a 100 pacientes.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

### 1. TÍTULO

#### USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 11/12/2018

2. RESPONSABLE ..... AURORA ANDRES SALIENTE  
· Profesión ..... ENFERMERO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ GARCIA LOURDES  
BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE  
MILLA VICENTE ROSA  
VICENTE CORTES ROSA  
PEREZ MARTIN MARIA ANGELES  
CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL  
GASCON CONESA MARIA DEL MAR

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Tras llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias, se definió un mapa de riesgos y posteriormente se elaboró un protocolo de Uso Seguro de Medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.  
-El protocolo se envió por correo electrónico a todos los profesionales y se presentó en una sesión de Servicio. Así mismo está disponible en documento de papel y colgado en la intranet del Servicio en el apartado de Urgencias.  
-Se han llevado a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración de medicamentos.  
-Se han redistribuidos medicamentos en cajones en box 3 para estar más accesibles.  
-Se etiquetaron todos los cajetines de medicamentos.  
-Disponemos ya de una impresora para etiquetas para soluciones.  
-Se adquirieron etiquetas impresas para etiquetado de jeringas y perfusiones de alto riesgo.  
-Se estableció el etiquetaje de fecha de apertura y caducidad de desinfectantes Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas.  
-Se estableció la dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos en el proyecto. Coincidiendo con periodos vacacionales se realizó de forma bimensual (Semana Santa, Verano, Navidad).

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

\*La situación de partida era la siguiente:

-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. No alcanzado  
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.  
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado.  
- N° de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. No alcanzado.  
- N° de envases con letrero no visible desde el frente <6. No alcanzado.  
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. No alcanzado  
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. No alcanzado  
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales: En el momento de la evaluación inicial no existía ninguno.  
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.  
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.

\*La evaluación final llevada a cabo la última semana de noviembre ha sido:

-Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual. Alcanzado  
-Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual. Alcanzado.  
-Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual. No alcanzado (15).  
- N° de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2. Alcanzado.  
- N° de envases con letrero no visible desde el frente <6. Alcanzado (5).  
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central. Alcanzado  
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana. Alcanzado  
-Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales. Se envía con este informe.  
Resultado:12 notificaciones de las cuales 5 estuvieron relacionadas con el Uso de Fármacos: errores en la ubicación de fármacos (4), administrar fármaco a paciente no correcto (1), no considerar alergias (1)  
-Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.  
-Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte. Objetivo alcanzado.

Resultados de la encuesta:

Participantes: 18 enfermeras/os (20 plantilla) y 11 TCAES (13 plantilla). Total 29 profesionales.

1. Porcentaje profesionales que conocen el protocolo: 96,55%
2. Pones etiquetas en diluciones: 88,88% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
3. Utilizas etiquetas en jeringas: 77,77% de las enfermeras (se excluyen TCAES)
4. Consultado alguna vez protocolo administración antibióticos:79%.(se excluyen TCAES)
5. Pones fecha de apertura y caducidad en tubos de pomada y gotas:72% Sí y 24% a veces.
6. Han colaborado en la evaluación de caducidades: 69% de los profesionales en global.
7. Has recibido las evaluaciones mensuales del Proyecto de Calidad: Si el 96,5% de los profesionales.
8. Sabes sacar etiquetas de fármacos de la impresora: Si el 79% de los profesionales.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

### 1. TÍTULO

#### USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

9. Informas a los profesionales de nuevo ingreso del protocolo: Si el 75% de los profesionales.
10. Has realizado notificación de eventos adversos: En general si, si los hubiera detectado y un 27% dice no haber detectado ninguno.
11. Consideras que el orden y situación general de la farmacia ha mejorado: el 90% considera que si y el 10 que todo sigue igual (siendo estos profesionales todos de la categoría TCAE)
12. Consideras de utilidad disponer de este Protocolo: Si en el 100% de los profesionales.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora ha sido posible gracias a la colaboración de muchos profesionales que han participado en las diferentes etapas del mismo. Es importante que la evaluación de la situación corra a cargo de los profesionales del Servicio para concienciar de su importancia. Aunque se ha mejorado mucho, hay que seguir evaluando mensualmente para garantizar la seguridad y la corrección de las desviaciones a la mayor brevedad en el tiempo.(Caducidades).

Tenemos que seguir notificando los errores detectados para aprender de los mismos.

Estamos satisfechos con los datos de la encuesta ya que la mayoría de los objetivos propuestos se han cumplido y los no alcanzados estamos en el buen camino de conseguirlos.

#### 7. OBSERVACIONES.

Están archivados en el Servicio la documentación de las evaluaciones mensuales y las encuestas realizadas para la presentación de dicha memoria.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/63 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0063

#### Título

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

#### Autores:

ANDRES SALIENTE AURORA, HERNANDEZ GRACIA LOURDES, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MILLA VICENTE ROSA, VICENTE CORTES ROSA, PEREZ MARTIN MARIA ANGELES, CASTELLOTE ESCRICHE ISABEL, GASCON CONESA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Todas las edades  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: Seguridad clínica todos los pacientes de Urgencias  
Línea Estratégica .: Seguridad clínica  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....:

Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Los problemas relacionados con los medicamentos son una de los eventos adversos prevenibles más frecuentes ligadas a la asistencia en los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). En el Estudio EVADUR, desarrollado por SEMES, se evidenció que el 12% de los pacientes atendidos en Urgencias tuvieron algún incidente de seguridad. En dicho estudio el 37,6% de los incidentes detectados ocurrieron por algún problema en el manejo de la medicación, provocando un evento adverso en el 66% de las ocasiones.

En nuestro Servicio de Urgencias existe desde hace unos años el buzón para facilitar la notificación anónima de los eventos adversos. Las notificaciones por errores de medicación han sido:

- 2014: 15 relacionados con errores de medicación de los 58 notificados (25,86%)

- 2015: 7 relacionadas de con errores de medicación de los 13 notificados (53,84%)

- 2016: 18 relacionadas con errores de medicación de los 29 notificados (62,06 %).

Por todo ello se llevo a cabo un AMFE del cual se considero necesario la elaboración de un protocolo de Uso seguro de medicamentos en urgencias.

En la evaluación inicial llevada a cabo en enero no se cumplian ninguno de los indicadores planteados para la evaluación de este proyecto.

#### RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los errores relacionados con el uso de medicamentos.

- Mejorar la formación de los profesionales en el uso y administración de medicamentos (disminuir los riesgos infecciosos, diluciones correctas, uso correctos de las vías de administración, evitar incompatibilidades)

- Incrementar la sensación de seguridad y confianza de los paciente al estar las preparaciones personalizadas.

- Mejora de la gestión económica al vigilar estrechamente las caducidades.

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0063

### 1. TÍTULO

#### USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

-Facilitar el trabajo de los profesionales al mejorar el orden, la forma de colocación, y la mejora de la iluminación.

#### MÉTODO

1. Llevar a cabo un AMFE de los riesgos relacionados con el uso de medicamentos en Urgencias.
2. Definir el mapa de riesgos.
3. Elaborar un protocolo de uso seguro de medicamentos y una guía de administración correcta de antibióticos.
4. Difundir el protocolo enviándolo por correo electrónico a todos los profesionales. Presentarlo en una sesión.
5. Llevar a cabo medidas de mejoras de iluminación de áreas de administración.
6. Redistribuir medicamentos en cajones en box 3.
7. Etiquetar todos los cajetines de medicamentos.
8. Conseguir impresora para etiquetas
8. Establecer la dinámica de etiquetado de perfusiones y jeringas.
10. Establecer la colocación de etiquetas con fecha de apertura y caducidad en desinfectantes, gotas, jarabes, pomadas..
9. Establecer dinámica de evaluación mensual de los indicadores establecidos.

#### INDICADORES

- Elaboración de protocolo( I. de estructura)

-Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias. Pendiente establecer estándar.

- Nº de inyectables caducados < 10 en la revisión mensual
- Nº de antibióticos caducados < 7 unidades en la revisión mensual
- Nº comprimidos caducados <10 unidades en la revisión mensual
- Nº de medicamentos de conservación en frío fuera de la nevera <2
- Nº de envases con letrero no visible desde el frente <6
- Antídotos caducados < 2. Cuando la causa no sea de la farmacia central.
- Datos del libro de estupefacientes mal cumplimentados < 4 en una semana.
- Análisis de los errores de medicación notificados e información a los profesionales.

- Perfusiones debidamente etiquetadas >80% mañana del corte

- Jeringas debidamente etiquetadas > 80% mañana del corte

Al año realizar una encuesta para valorar la utilidad de la guía/protocolo.

#### DURACIÓN

Inicio del proyecto 2017: AMFE. Solicitud de impresora. Solicitud de etiquetas. Inicio del protocolo.

2018:Enero finalización del protocolo. Envío a los profesionales. Sesión de presentación.

En enero primera evaluación de la situación actual.

Con peirodicidad mensual evaluación de indicadores e información de los resultados de la evaluación a los profesionales.

Diciembre evaluación de indicadores mensuales y de indicadores de corte anual y encuesta a los profesionales. Memoria provisional.

2019: Seguimiento mensual de indicadores. Correcciones necesarias. Indicadores anuales. Memoria definitiva

#### OBSERVACIONES

Pendiente establecer estándar. -Nº de eventos incidentes/eventos adversos relacionados con la medicación. Tasa por nº de urgencias.

Valoración de otros apartados

-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

### 1. TÍTULO

#### AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... CLARA LOPEZ MAS  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... TERUEL

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.  
ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE  
ROS TRISTAN CARMEN MARIA  
VICENTE CORTES ROSA  
HERNANDEZ GARCIA LOURDES  
SANCHIS YAGO BEATRIZ  
MUÑOZ MENDOZA VANESA  
IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo para la administración de hierro intravenosos, con las indicaciones, contraindicaciones y forma de administración. Se colgó en la intranet.

Se difundió dicho protocolo a través de :

- Sesión dentro del Servicio de urgencias.
- Se remitió el mismo a los jefes de unidad de los servicios de Cirugía, Trauma, MI,, anestesia.
- Se realizó una sesión conjunta con Atención Primaria en el C. Salud Ensanche para mostrarles dicho protocolo

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Comparando el uso del hierro intravenoso en dos años consecutivos, poniendo como punto de inflexión entre ellos la realización del protocolo de uso del hierro intravenoso en el servicio de urgencias, podemos destacar que el uso de este fármaco dentro de sus indicaciones se ha prácticamente duplicado, tratándose de esta forma al 60% de los pacientes en 2018 frente al 36.1% de 2017. De igual modo, el porcentaje de pacientes con indicación de uso de hierro intravenoso no tratados con el mismo ha disminuido notablemente, siendo sólo el 26.9% en 2018 frente al 43.5% de 2017.

El 100% de los pacientes tratados con hierro intravenoso cumplían los criterios necesarios para instaurar este tratamiento, por lo que en ningún caso se realizó un uso inadecuado del mismo.

En relación al ahorro de sangre:

En 2016 se transfundieron en total (anemias de cualquier etiología) 333 concentrados de hematies y una vez implantado el protocolo en 2018 se transfundieron 250 concentrados (un 26% menos)

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de este protocolo ha cumplido su objetivo de racionalizar el uso de hemoderivados en las anemias ferropénicas, disminuyendo la variabilidad clínica en la utilización del hierro parenteral, estandarizando el procedimiento y reduciendo los costes.

#### 7. OBSERVACIONES.

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/469 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0469

#### Título

AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

#### Autores:

LOPEZ MAS CLARA, ESTEBAN FUENTES FRANCISCO JOSE, ROS TRISTAN CARMEN MARIA, VICENTE CORTES ROSA, HERNANDEZ GARCIA LOURDES, SANCHIS YAGO BEATRIZ, MUÑOZ MENDOZA VANESA, IANNUZZELLI BARROSO CARLA GRACIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

#### TEMAS

Sexo .....: Ambos sexos

Edad .....: Todas las edades

Tipo Patología ....: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad

Otro Tipo Patología: Anemias

Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento

Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0469

### 1. TÍTULO

#### AHORRO DE SANGRE MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA EL USO DEL HIERRO ENDOVENOSO EN LAS ANEMIAS FERROPENICAS EN URGENCIAS

Otro tipo Objetivos:

Enfoque .....

Otro Enfoque.....

#### PROBLEMA

Según los datos de numerosos países y atendiendo a las definiciones de anemia de la OMS, se estima que la prevalencia global de la anemia es del 33%. Los Servicios de Urgencias son un área donde es frecuente encontrar pacientes anémicos o ferropénicos, de los cuales el 20-30% presenta una anemia moderada-severa. Actualmente según la evidencia científica se prefieren las políticas restrictivas de transfusión de hemoderivados. Los concentrados de hematies son un recurso escaso, además los riesgos infecciosos e inmunes derivados de su administración deben ser tenidos en cuenta, sobre todo en los pacientes que pueden ser tratados con otras alternativas.

#### RESULTADOS ESPERADOS

En estos pacientes, la incorporación del tratamiento con hierro intravenoso conllevaría una recuperación más rápida de los síntomas de anemia lo que supondrá:

- Principalmente una menor utilización de transfusión de hematies.
- Menor número de visitas a los Servicios de Urgencias y menores estancias en los mismos. Reduce el tiempo de enfermería por su rápida administración en comparación con la transfusión. Además presenta mayor seguridad de administración que los hemoderivados.
- Menores estancias hospitalarias.
- Reducción de los costes.

#### MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo para la administración de hierro parenteral.
2. difusión del mismo a otras Unidades del Hospital para que puedan ser derivados a nuestro Servicio si se precisa.
3. Charla informativa a Atención Primaria sobre esta alternativa terapéutica en casos en los que el hierro oral es mal tolerado.

#### INDICADORES

El registro de los casos se hará en PCH, codificando los mismos como anemia ferropénica (código CIE-9 280.9). La revisión de los casos será anual, valorando parámetros como:  
indicación correcta >90%  
cuantificación del ahorro de sangre. numero de concentrados de hematies/pacientes con anemia en urgencias.  
Comparación con año previo. Disminución de c. hematies en al menos un 25%

#### DURACIÓN

Elaboración revisión protocolo (enero-febrero 2018)  
Charlas Atención Primaria (marzo 2018)  
Difusión resto de Servicios Hospitalarios (abril 2018)  
Análisis de resultados (diciembre 2018)

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN ..... :  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS ..... :  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES ..... :

\*\*\* ===== \*\*

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ..... ANTONIO MARTINEZ OVIEDO  
· Profesión ..... MEDICO/A  
· Centro ..... H OBISPO POLANCO  
· Localidad ..... TERUEL  
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS  
· Sector ..... TERUEL

#### 3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE  
MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL  
COSCOLLAR ESCARTIN IRENE  
LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS  
VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL  
RODERO ALVAREZ FERNANDO  
BURGUES DALMAU INMACULADA

#### 4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2018 se realizó una búsqueda bibliografica sobre protocolos de actuación similares en otras comunidades, así como de abordaje de las situaciones de violencia intralaboral. Se ha redactado un protocolo de actuación en urgencias, pendiente de la ultima revisión y colgar en la intranet. Durante este año ha sido difícil contactar con los reponsable de la Policia Nacional para abordar este tema, ya que su formación ha sido tambien durante este año. El timbre de panico, los talleres de autodefensa y de abordaje psicológico del agresor no se han podido llevar a cabo por falta de financiación. Esperamos poder conseguirla para este año 2019.

#### 5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este año se ha realizado una especial sensibilización a los trabajadores para notificar las situaciones de violencia en el trabajo. Se han mostrado las herramientas ya existentes. En este año se han notificado 3 agresiones a profesionales por un mismo paciente en diferentes visitas del año, descubiertas al ponerlas en comun y hablar del tema. Una agresión grupal, intimidación con violencia verbal. Se puso en conocimiento del Jefe de Servicio que realizó la comunicación oportuna a la dirección Medica y Riesgos laborales, mandando una carta de repulsa a los agresores y una carta de apoyo al personal sanitario manteniendo sendas entrevistas con ellos.

#### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las notificaciones de las agresiones desde la puesta en marcha de este proyecto han aumentado en mas de un 80%. La satisfacción de los profesionales con el apoyo recibido ha sido muy importante. Es necesario enseñar las herramientas prácticas para mitigar los episodios de violencia.

#### 7. OBSERVACIONES.

Este proyecto está todavía inacabado, por los motivos que expresado anteriormente. La formación del responsable de la Policia ha sido en el ultimo semestre del año, la falta de financiación dificulta la puesta en marcha de los talleres prácticos y la compra de material para llevarlo a cabo. Esperamos terminarlo en el primer semestre de 2019

\*\*\* ===== Resumen del proyecto 2018/502 ===== \*\*\*

Nº de registro: 0502

Título  
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Autores:  
MARTINEZ OVIEDO ANTONIO, BORRUEL AGUILAR MARIA JOSE, MARTINEZ BURGUI JESUS ANGEL, COSCOLLAR ESCARTIN IRENE, LOPEZ SOLER EMILIO CARLOS, VILLALBA GARCIA JUSTO MANUEL, RODERO ALVAREZ FERNANDO, BURGUES DALMAU INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: H OBISPO POLANCO

TEMAS  
Sexo .....: Ambos sexos  
Edad .....: Adultos  
Tipo Patología ....: Otro (especificar en el apartado siguiente)  
Otro Tipo Patología: violencia física o verbal.  
Línea Estratégica .: Violencia de Género  
Tipo de Objetivos .: Estratégicos  
Otro tipo Objetivos:

## MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0502

### 1. TÍTULO

#### PROCEDIMIENTO DE ACTUACION ANTE AGRESIONES AL PERSONAL SANITARIO EN URGENCIAS

Enfoque .....:  
Otro Enfoque.....:

#### PROBLEMA

Diferentes estudios internacionales muestran la alta prevalencia de las agresiones que sufren los profesionales de la salud. en los centros hospitalarios se ha encontrado que el 57% de los profesionales sanitarios han recibido alguna agresión en el último año, ya sea verbal (el 50% de los profesionales) o Física (el 25%). En relación a los Servicios Hospitalarios, es el Servicio de Urgencias donde se dan más del 50% de las agresiones. La violencia es causada a los trabajadores sanitarios por compañeros, pacientes y familiares de estos. Todas las categorías de profesionales sanitarios están expuestos.

#### RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar una pauta de actuación que permita en primer lugar detectar y evaluar las situaciones de riesgo. 2. Manejo del agresor con procedimientos psicológicos y Físicos de autodefensa. 3. Mejorar la respuesta del resto del Personal ante una agresión que se está produciendo. 4. Poner a disposición del trabajador agredido los sistemas de notificación interna y la información para denunciar los hechos. 5. establecer un sistema de apoyo a las víctimas.

#### MÉTODO

1. Elaboración de un protocolo que permita identificar las zonas y profesionales de riesgo en Urgencias y permita coordinar la respuesta a dichas agresiones. Difundir la tolerancia cero del Servicio de Urgencias a las agresiones.  
2. Reunión con responsables de la Policia Nacional para abordar este tema. Charlas informativas a los profesionales.  
3. Taller de autodefensa personal.  
4. Taller de abordaje psicológico del agresor y de las situaciones de violencia.  
5. Simulación clínica para difundir la aplicación del protocolo.

#### INDICADORES

-Protocolo redactado y colgado en la intranet.  
-Numero de agresiones detectadas/ notificaciones realizadas al responsable superior.  
-Disminución del Numero de agresiones en relación con el estándar de la literatura en el Servicio de urgencias x año (58% de los profesionales).  
-Encuesta de satisfacción del profesional >80%

#### DURACIÓN

abril-junio: contacto con los responsables de la Policía Nacional. Búsqueda bibliográfica.  
septiembre-octubre: elaboración de un protocolo de la Unidad sobre violencia al profesional Sanitario.  
Noviembre: talleres de defensa personal y abordaje psicológico.  
diciembre: simulación clínica y difusión del protocolo.

#### OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....:  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....:  
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:  
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES .....:

\*\*\* ===== \*\*